Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Saúde e processo migratório: estudo exploratório
sobre o acesso à saúde e tuberculose na comunidade
boliviana do MSP**

Fernanda Maria Raimundo Valença Braga de Deus e Mello

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de mestre em ciências.**

Área: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Eliseu Alves Waldman

São Paulo

2014

**Saúde e processo migratório: estudo exploratório
sobre o acesso à saúde e tuberculose na comunidade
boliviana do MSP**

Fernanda Maria Raimundo Valença Braga de Deus e Mello

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de mestre em ciências.**

Área: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Eliseu Alves Waldman

São Paulo

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Este trabalho contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**) - Bolsa Mestrado

DEDICATÓRIA

**Ao meu Dengo, marido e verbo,
que me acolhe nos meus choros e
apelos. Obrigada!**

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Eliseu Alves Waldman, pela orientação, paciência, apoio e dedicação nos meus ensinamentos.

Aos Professores Deisy de Freitas Lima Ventura e José Leopoldo Ferreira Antunes pelos conselhos e contribuições dados na qualificação.

A CAPES pelo incentivo financeiro necessário para esta pesquisa e minha manutenção ao longo destes anos.

Aos Professores, funcionários e alunos que conviveram comigo durante este tempo na Faculdade de Saúde Pública, responsáveis pela base e estrutura para minha formação.

Aos imigrantes Bolivianos que me trouxeram uma nova visão de mundo e conceitos saúde, pelas inquietações e questionamentos partir da pesquisa e realizações deste trabalho.

Deus, pela fé que tenho e que me fortalece sempre que preciso.

Aos amigos e familiares pelo apoio e compreensão.

EPÍGRAFE

“ O que realmente conta na vida não é apenas o fato de termos vivido; é a diferença que fizemos nas vidas dos outros que determina importância da nossa própria vida.”

Nelson Mandela

RESUMO

Objetivos: Apresentar características do processo migratório de Bolivianos no Município de São Paulo, explorando, num contexto de saúde global, a relação entre os Sistemas de saúde do Brasil e da Bolívia; destacando os respectivos processos históricos, noções de acesso universal e semelhanças que possam vir a ser fundamentais na compreensão da problemática específica da alta incidência de Tuberculosos entre bolivianos residentes na capital do Estado de São Paulo.

Métodos: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e exploratória em que foi realizado um levantamento teórico bibliográfico capaz de apresentar a problemática do tema. Dentre os métodos foi utilizado o descritivo e a pesquisa histórica para caracterizar os processos de implementação e reforma dos sistemas de saúde do Brasil e da Bolívia.

Resultados: As fortes correntes migratórias internacionais levam a uma discussão do papel do Estado na garantia dos direitos do migrante, dentre eles, o acesso universal a saúde. Neste trabalho foi possível caracterizar a dinâmica do mundo em constante modificação e ausência de fronteiras no contexto da saúde globalizada. Usando como base o imigrante Boliviano com Tuberculose no Município de São Paulo, analisou-se os Sistemas de Saúde Universal Brasil e Bolívia. Por fim, através deste trabalho foi possível perceber que após o processo migratório há uma combinação de fatores que propiciam o aumento de TB nesta comunidade.

Descritores: Migração e Saúde, Saúde Global, Acesso Universal a Saúde.

ABSTRACT

Objective: We attempted to present some of the characteristics of the migratory process of Bolivians in São Paulo. We attempted to observe the relationship between the health systems of Brazil and Bolivia. We observe the historical processes of creation of two health systems; highlight how countries perceive universal access to healthcare. And we highlight the similarities and differences of the two health systems. The purpose is that this will serve to help understand the high incidence of tuberculosis in the Bolivian citizens living in Sao Paulo.

Methods: This is a qualitative and exploratory study. This study conducted a bibliographical theoretical research. This served to explore the issue of Bolivians in São Paulo. The main method used was a descriptive and historical research. This allowed the characterization of the processes of implementation and reform of health systems in Bolivia and Brazil.

Results: This study shows that international migration flows have resulted in a renewed discussion of the role of the state in ensuring the rights of migrants. This discussion was particularly seen in the problem of universal access to healthcare. In this work it was possible to characterize the dynamics of the ever-changing world. We also observed the lack of geographical boundaries in the context of global health. When looking at the case of Bolivian immigrants with tuberculosis in São Paulo, we analyzed the relevance of the differences between Universal Health Systems in

Brazil and Bolivia. Finally, this work allowed to realize that the migratory process of Bolivians to Sao Paulo consists of a combination of factors that potentiate the increase of tuberculosis in this immigrant community.

Keywords: Migration and Health, Global Health; Universal access to health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	20
GERAL	20
ESPECÍFICOS	20
3. METODOLOGIA	21
DELIMITAÇÃO DO TEMA	23
SELEÇÃO DE FONTE BIBLIOGRÁFICA	24
LEGISLAÇÃO	25
4. REFERENCIAL TEÓRICO	26
SAÚDE EM TEMPOS DE GLOBALIZAÇÃO	26
TUBERCULOSE	34
5. SISTEMA DE SAÚDE E ACESSO UNIVERSAL	40
ACESSO UNIVERSAL NO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	44
ACESSO UNIVERSAL NO SISTEMA DE SAÚDE NA BOLÍVIA.	49
BRASIL E BOLÍVIA EM NÚMEROS DE SAÚDE: DISPARIDADES NA CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE DOS DOIS PAÍSES.....	60
6. LEGISLAÇÃO DO IMIGRANTE NO BRASIL	65
7. MIGRAÇÃO, SAÚDE E O CASO DOS IMIGRANTES BOLIVIANOS	72
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
9. REFERÊNCIAS	84
ANEXOS	94

Lista de Siglas

BK: Bacilo de Kock

BM: Banco Mundial

CPE: Constituição Política do Estado

DUDH : Declaração Universal dos Direitos humanos

HIV/SIDA: Vírus Da Imunodeficiência Humana

IBGE: Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística

INE: Instituto Nacional de Estatística – Bolívia

MSD: Ministério da Saúde e do Esporte

OIM: Organização internacional para Migrantes

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Pan-americana de Saúde

PACs: Programa de Agentes Comunitários em Saúde

PAHO: Organización Panamericana de la Salud

PIB: Produto Interno Bruto

PSF: Programa de Saúde da Família

RMSP: Região Metropolitana de São Paulo

SAFCI: Saúde Familiar Comunitária Intercultural

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SSPAM: Seguro Saúde para Adulto Maior – Bolívia

SUMI: Seguro Único Materno-Infantil - Bolívia

SUS: Sistema Único de Saúde

SU-SALUD: Seguro Universal de Saúde

TB MDR: Tuberculose Multidrogarresistente

TB: Tuberculose

TL: Tuberculose Latente

Lista de Tabelas

Tabela 1: Cobertura de Seguro Social em pesquisa domiciliar na Bolívia nos anos de 2006, 2007, 2008, 2009 e 2011.....	53
Tabela 2: Habitantes por estabelecimento de saúde, segundo departamento boliviano nos anos de 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012.	56
Tabela 3: Habitantes por camas hospitalares segundo departamento boliviano nos anos de 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012.....	58
Tabela 4: Lista comparativa de Indicadores Básicos entre Brasil e Bolívia.	61

Lista de Figuras

Figura 1: Série histórica dos casos de tuberculose por 100.00 habitantes na Bolívia	37
Figura 2: Série histórica dos casos de tuberculose por 100.00 habitantes no Brasil.	37

1. INTRODUÇÃO

Baseado em depoimentos de imigrantes chineses ilegais em Nova Iorque, Ho, (2004) aponta a existência de fatores de risco associados ao processo migratório, em especial, ao processo migratório ilegal. Neste estudo, relata-se as condições insalubres as quais eram submetidos a maioria dos imigrantes que viajavam em embarcações clandestinas superlotadas. Sobre estas, muitas vezes, descreviam-se, como o maior dos problemas enfrentados, a falta de alimentos e de água. Sendo também descritas condições adversas tais que, aliadas ao aglomerar de indivíduos em pouco espaço físico, transformavam-se em possíveis catalisadores da má nutrição entre os imigrantes ilegais, podendo inclusive acarretar na diminuição do sistema imunológico e ser fator de risco ao processo migratório.

Especificamente sobre a incidência de Tuberculose (TB) em populações imigrantes, em meados da década de noventa, McKenna et al. (1995), em estudo realizado nos Estados Unidos, mostra que a proporção de casos reportados de TB entre a população que nasceu fora do país aumentou de 21,6% em 1986 para 29,6% em 1993. No mesmo estudo, mostrou-se que a taxa de incidência neste grupo era quatro vezes superior à taxa de incidência de TB nos autóctones.

No Canadá, Greenaway et al. (2010) mostram que a maioria dos casos de TB ocorreu com pessoas naturais de outros países, a incidência no grupo de imigrantes era cerca de 20 vezes superior aos nativos daquele país. De acordo com Lönnroth et al. (apud RASANATHAN et al., 2011), existe uma forte e evidente associação entre aspectos da economia de um país e a incidência de TB neste. Para o

autor, os mais diversos aspectos socioeconômicos estão associados à incidência e mortalidade em TB, em que diferenças regionais e financeiras podem ser observadas como fator de impacto na epidemia e no controle, ou não, da TB. Assim, o risco de tuberculose ativa em populações de refugiados é, segundo o autor, cerca de duas vezes maior do que a população de imigrantes que não passaram por processos traumáticos de migração, uma vez que condições sub-humanas de sobrevivência deveriam servir de guia de catalisação da doença.

Especificamente sobre o caso brasileiro, mais diretamente sobre o caso dos migrantes bolivianos no Município de São Paulo (MSP), migração esta que tem se mostrado progressivamente mais significativa nos últimos 15 anos. Suas implicações em saúde se fazem destacadas, uma vez que parcela relevante desses migrantes é originada de países onde a Tuberculose (TB) é hiperendêmica. Estudos como o de Braga et al., (2011) já demonstram o forte impacto das correntes migratórias no comportamento da TB em linhas gerais.

Em relação ao MSP, estudos como o de Melo (2010) e Martinez (2012) mostram a forte presença de TB na comunidade de bolivianos da cidade, mais especificamente em bairros centrais, onde o número absoluto de casos de TB diminuiu quase pela metade entre os brasileiros. No entanto, entre os bolivianos, o aumento foi de 250%. O estudo realizado por Martinez (2012) no período de 1998 a 2008 mostrou que os bolivianos com TB - quando comparados aos brasileiros - eram mais jovens, apresentaram taxas mais elevadas de cura; bem como, apresentaram baixa prevalência de comorbidades, como AIDS e diabetes. O estudo também

mostrou que existe equidade no acesso aos cuidados de saúde por parte desta comunidade (MARTINEZ, 2012).

Estes trabalhos apresentaram informações importantes, especialmente por trazer à tona temática tão necessária à saúde pública no MSP. Entretanto, não é razoável que se pense nesta problemática de forma isolada. A migração tem ganhado relevância cada vez maior na epidemiologia da tuberculose no mundo e, de certa forma, parece crescer a noção de que sem maiores esforços pra prevenir e controlá-la, a doença continuará tendo transito livre entre as nações por meio de processos migratórios.

Em tempos de globalização, não é possível que a compreensão dos meandros do caso específico da doença não perpassasse, necessariamente, pela construção de um sentido mais amplo do que o combate e tratamento da doença de forma isolada. Dialogar com a necessidade de entendimento do processo de globalização, das migrações e da velocidade com que se transmitem informações e transitam pessoas e objetos entre os países, é parte fundamental do desenvolvimento de um bom trabalho de epidemiologia atualmente.

É necessário compreender o contexto global que coloca em pé de igualdade a necessidade de tratamentos e políticas de saúde pensadas para além das fronteiras geográficas. Para isso, é fundamental que se possa perceber, de maneira interdependente, como os países entendem o direito à saúde. É estritamente necessário ao controle de doenças em territórios específicos, a compreensão detalhada dos sistemas de saúde de países cujo fluxo migratório prioriza a imigração em relação a emigração.

Deste modo, este trabalho visa não discutir a doença em si, e sim mapear as trajetórias dos sistemas de saúde, observando, sob a tutela de uma saúde globalizada, os caminhos e pormenores que levaram o imigrante a buscar construir sua vida em outro país, trazendo consigo um aumento do número de casos de determinada doença hiperendêmica em seu país de origem.

Propõe-se um estudo exploratório como recurso metodológico quando este serve como forma de familiarizar o pesquisador com o tema investigado, realizando descrições da realidade de forma a manipular as variáveis relacionando-as com o objeto de estudo (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

Assim, visando apresentar didaticamente o proposto, definiu-se pela construção de uma monografia dividida em dois grandes eixos, o primeiro mais geral que delimita a fundamentação teórica deste trabalho, e o segundo mais específico que apresenta uma discussão aprofundada da análise que se pretende apresentar.

Precedido por uma breve apresentação da temática do trabalho, da metodologia e dos objetivos, o primeiro eixo teórico é subdividido em dois tópicos, o primeiro aponta para os conceitos e valores da saúde global, esta que se mostrou central na análise do capítulo subsequente; e o segundo que conceitua e delimita a tuberculose, sendo fundamental a compreensão da temática sobre a doença.

O segundo eixo apresenta uma discussão mais centralizada, no qual seu primeiro ponto, buscou apresentar e contextualizar o acesso universal à saúde como bandeira e política pública no Brasil e na Bolívia (destacando seus avanços e limitações); o segundo buscou discutir a legislação específica brasileira no que

concerne o direito do imigrante; e, por fim, o último tópico que visa discutir a relação entre migração, saúde e contexto do imigrante boliviano doente no MSP.

Por fim, para a criação de um capítulo de considerações finais, buscou-se elencar pontos que tenham tido destaque ao longo do texto, utilizando-os como ferramenta de uma discussão mais aprofundada com as impressões da autora sobre a pesquisa realizada.

2. OBJETIVOS

GERAL

Apresentar características do processo migratório de bolivianos no Município de São Paulo, explorando, num contexto de saúde globalizada, a relação entre os sistemas de saúde do Brasil e da Bolívia; destacando os respectivos processos históricos, noções de acesso universal e semelhanças que possam vir a ser fundamentais na compreensão da problemática específica da alta incidência de tuberculosos entre bolivianos residentes na capital do Estado de São Paulo.

ESPECÍFICOS

- (1) Contextualizar, sob uma perspectiva histórica pautada no direito ao acesso universal, o processo de construção dos Sistemas Únicos de Saúde no Brasil e na Bolívia.
- (2) Problematizar a Saúde Global num contexto de sociedade dinâmica, globalizada e permeada por intensos processos migratórios.
- (3) Analisar limites e avanços dos sistemas de saúde da Bolívia e do Brasil no que se refere à garantia de direito ao acesso irrestrito para toda a população.
- (4) Compreender, sob a tutela do direito ao acesso à saúde para além das fronteiras geográficas, fatores que corroboraram para a constituição do caso dos imigrantes bolivianos com tuberculose no MSP.

3. METODOLOGIA

Este trabalho tem por estratégia de atuação, a construção e apresentação de um material que visa a servir enquanto referencial teórico de trabalhos futuros sobre a temática. Seja a continuidade desta pesquisa feita pela pesquisadora, seja por outros profissionais, é importante destacar que não se pretende aqui o esgotamento da temática ou um levantamento bibliográfico que venha a suprir todas as lacunas existentes sobre o tema. Ao contrário, busca-se neste trabalho um levantamento bibliográfico teórico que, analisado criticamente, proporcione, ao autor e aos leitores, inquietações que possam servir de fomento e “ponta pé inicial” a novas pesquisas.

Faz-se fundamental destacar que a temática em si é caracterizada como de difícil acesso, em que a literatura específica é escassa e pouco explorada por outros pesquisadores. Deste modo, definiu-se uma abordagem de caráter qualitativo e exploratória, focada na análise documental e, ainda que com dificuldades, na bibliografia específica.

Optou-se por uma pesquisa exploratória como recurso metodológico, em que se busca melhor adequar o instrumento de pesquisa a realidade que se pretende conhecer, ou seja, conhecer a variável de estudo no contexto em que ela se insere ampliando a compreensão do fenômeno em análise (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

Neste trabalho a pesquisa exploratória foi aplicada objetivando uma construção estruturada de um levantamento bibliográfico específico que permita a explicitação do tema e a construção de hipóteses para estudos futuros.

Para Gil (2008), a pesquisa exploratória tem por principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, proporcionando uma nova visão do problema, recolocando-o sobre outro prisma. Serve também como forma de determinar um objetivo de estudo, selecionando variáveis capazes de influenciá-lo e definir as formas de controle e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto.

No decorrer da construção desta dissertação, tratou-se de aspectos tais que pudessem apresentar, de forma resumida, as problemáticas relacionadas ao tema, os possíveis significados atribuídos a ele, a análise de literatura específica e a construção de uma perspectiva teórica que permitisse a maior exploração sobre o objeto apresentado.

Trata-se de uma pesquisa documental centrada na legislação específica dos países envolvidos e no levantamento de bibliografia, nacional e internacional, que possa servir a melhor compreensão da temática. Lüdke e André (1986) destacam a importância da análise de documentos, qualquer material escrito que possa ser usado como fonte de informação sobre o comportamento humano, como técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, podendo complementar as informações de outras técnicas ou trazendo novos aspectos para um tema ou problema.

Pesquisas qualitativas geram um enorme volume de dados que precisam ser organizados e compreendidos. Isto se faz através de um processo continuado em que se procura identificar dimensões, categorias, tendências, padrões, relações, desvendando-lhes o significado. Este é um processo complexo, não-linear, que implica um trabalho de redução, organização e interpretação dos dados que se inicia já na fase exploratória e acompanha toda a investigação. (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 2002, p. 170).

Sendo assim, é importante que os dados coletados respondam à temática proposta, cabendo ao pesquisador tornar tais dados inteligíveis, ou seja, organizá-los de forma a propor explicação cabível ao que se investiga (MOROZ e GIANFALDONI, 2002). Desta maneira, como forma de documentar esta pesquisa, ilustrar e facilitar a leitura, muitas vezes também foram utilizados dados secundários coletados e disponibilizados pelos dois países; bem como por órgãos internacionais de controle e fomento à saúde.

Ao fim da análise legal e da literatura específica, decidiu-se pela construção de uma monografia que pudesse abarcar uma apresentação sintética das leituras desenvolvidas ao longo do período de mestrado. Buscando, quando possível, o desenvolvimento de uma redação que privilegiasse a análise documental aliada a uma discussão baseada em uma análise crítica que pudesse contribuir para um maior interesse do leitor em continuar explorando o tema. Além disto, buscou-se, com este texto, apresentar um resumo dos possíveis caminhos teóricos a que a pesquisadora pretende dar continuidade na pesquisa de doutoramento.

DELIMITAÇÃO DO TEMA

Em linhas gerais, as definições metodológicas costumam, quando não pensadas concomitantemente, preceder a definição da delimitação adotada para a temática das dissertações. Entretanto, no caso específico desta monografia, a definição do objeto e da temática precedeu a delimitação metodológica. Conforme apresentado no exame de qualificação, este estudo pretendia a elaboração de um trabalho de caráter quantitativo, focado na construção do perfil socioeconômico e histórico dos pacientes bolivianos infectados com tuberculose no município de São

Paulo. Entretanto, diante da impossibilidade momentânea de realização deste trabalho (sendo protelado para o período de doutoramento), decidiu-se, conjuntamente, a pesquisadora e o orientador, pela construção de uma monografia que permitisse a exploração teórica da temática a fim de servir de base para a pesquisa de doutoramento. Desta maneira, o objeto e a temática já estavam definidos antes da adoção de uma metodologia de caráter qualitativo. Assim como também já estavam definidos os recortes observados na construção deste trabalho, restando apenas a definição dos critérios de seleção das fontes bibliográficas e documentais.

SELEÇÃO DE FONTE BIBLIOGRÁFICA

A definição das fontes bibliográficas passou pela decisão inicial da autora de apresentar este trabalho sob uma abordagem focada nos conceitos de Saúde Global. Como dito anteriormente, não é vasta a bibliografia específica sobre imigrantes bolivianos com tuberculose no município de São Paulo. Deste modo, fez-se necessária a decisão por uma abordagem de caráter macro analítica que pudesse fundamentar teoricamente o direcionamento deste trabalho. Assim, a decisão pela temática de Saúde Global fez-se na necessidade de definir fundamentos que pudessem abarcar a questão da migração, contextos de saúde dos dois países e direcionamentos de políticas públicas que visassem a discussão do acesso à saúde para além das delimitações de fronteiras geográficas.

Neste sentido, tanto por meio de acesso a livros e periódicos na Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, como na busca de artigos em periódicos nacionais e internacionais especializados, a definição

prévia de recorte analítico foram textos relacionados com os conceitos de saúde global.

Posteriormente, após filtro inicial por esta abordagem macro analítica, buscou-se, por meio de palavras-chave relacionadas ao tema, a análise de um corpo de textos que funcionassem como referencial teórico neste trabalho. Foram tais as palavras-chave: (a) Saúde Global; (b) migração; (c) sistemas de saúde; (d) tuberculose; e (e) acesso universal à saúde.

Ao fim de um primeiro momento de leitura específica, a maior parte dela internacional, percebeu-se que apenas isto não seria suficiente à análise que se propunha. Deste modo, definiu-se que o caminho viável, especialmente no que se refere aos sistemas de saúde da Bolívia e do Brasil, seria focar-se na leitura de documentos e legislações específicas dos dois países.

LEGISLAÇÃO

Adotou-se então, a análise crítica da legislação específica sobre o Sistema de Saúde Brasileiro e o Boliviano, como ferramenta de construção de argumentos e análises deste trabalho. Dois foram os principais critérios de recorte e definição de documentos a serem observados um primeiro que levou em conta as legislações mais gerais, em especial aquelas que tratam da saúde numa perspectiva global; e um segundo que, inicialmente, se baseou nos documentos apresentados na construção de estudos apresentados na bibliografia já consultada sobre o tema, sendo complementado com leis e documentos que iriam sendo citados nas legislações já consultadas.

Ou seja, uma espécie de processo de leitura contínua de leis e documentos complementares entre si, com o objetivo de uma maior compreensão sobre o tema como um todo. Neste sentido, foram analisados os seguintes documentos: (a) aqueles provenientes do Governo Boliviano (leis, regulamentações, constituição, síntese de dados etc.); (b) documentos semelhantes provenientes do Governo Brasileiro; (c) documentos e relatórios provenientes da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde; e (d) documentos semelhantes provenientes do Banco Mundial.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

SAÚDE EM TEMPOS DE GLOBALIZAÇÃO

Historicamente os contatos entre as populações estiveram diretamente ligados ao comércio, ao processo migratório, as guerras e as conquistas territoriais. Porém, essa transferência internacional nunca foi tão ampla e profunda quanto nos dias de hoje. Em decorrência do processo de globalização, que funciona como um catalisador de aproximação de populações, o cenário internacional hoje mostra números impactantes. Como exemplo desta nova dinâmica de contato internacional entre indivíduos, observa-se que os mercados financeiros movimentam aproximadamente dois bilhões de dólares por dia e já há mais de um bilhão de usuários Internet. Além disto, o número de viajantes internacionais aproxima-se atualmente de três milhões de pessoas diariamente (FRENK; GOMES-DANTÉS,2007; KEARNEY,2001).

A globalização trouxe rápidas e fortes mudanças. A internacionalização da produção, distribuição e consumo, acompanhado do avanço da tecnologia de informação, tem como resultado a globalização da economia e suas consequências macroeconômicas: transnacionalização empresarial, desterritorialização da força de trabalho, desemprego estrutural entre outras (MACEDO, 1992). Em decorrência disto, tornou-se evidente a disparidade entre países no que se refere a direitos sociais e saúde (BUSS, 2009), tornando a migração uma fonte de debates em torno das temáticas de disparidades sociais e de acesso a saúde global.

Definindo a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade (CALLAHAN, 1973), acompanhá-la da palavra “global” trás consigo uma definição mais ampla. Para, Kickbusch (1999), através de transformações de aspectos econômicos, políticos e culturais a globalização termina por destruir barreiras de tempo e lugar, transformando o entendimento do que sejam fronteiras internacionais – afetadas por novas dinâmicas de acesso a informações, bens e indivíduos –, criando uma nova esfera de ação, tornando os países responsáveis pela saúde tanto dentro como fora de seus territórios.

No contexto de uma saúde globalizada, “global” refere-se a qualquer problema em saúde que envolva mais de um país. Ou ainda que seja afetado por determinantes transnacionais, tais como as alterações climáticas, urbanização ou situações de saúde que possam interferir no estado de saúde mundial (KOPLAN 2009).

Ainda que a utilização do termo Saúde Global tenha ganhado força recentemente, a difusão das doenças em todo mundo não é um quadro novo para a saúde pública e internacional. Um exemplo é a conquista da América em 1492, na qual essa quebra das fronteiras entre povos, com diferentes condições de ambiente, nutrição, organização social e cultural – presença ou ausência de vetores biológicos de doenças transmissíveis - criou um quadro epidemiológico bem desigual introduzindo assim doenças como varíola, sarampo e febre amarela no novo mundo (BERLINGUER,1999). Outros processos como a peste que se espalha pela Europa e Ásia na Idade Média, a quarentena desenvolvida no século XIV em Veneza, e mais recentemente a pandemia de Influenza servem de exemplo para este rápido processo de deslocamento e comunicação entre nações que força a moldar a saúde das populações em todo mundo (KOPLAN, 2009; FRENK;GÓMEZ-DANTÉS, 2007).

No que se diz respeito à saúde e suas dimensões, faz-se necessário definir e diferenciar os termos “global” e “internacional”. Saúde internacional tem em seu conceito clássico toda a atividade de saúde desenvolvida pelos governos ou povos de dois ou mais países (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Foi um termo utilizado com frequência já no século XIX e início do século XX, referindo-se especialmente ao controle de epidemias que ultrapassassem fronteiras. Tal definição mostrou-se adequada no contexto pós-segunda guerra. Quando, diante da criação de dois grandes blocos internacionais, os Estados Unidos da América e a União Soviética exerceram dominância cêntrica, em diferentes patamares, nos integrantes de suas periferias, sendo o termo “saúde internacional” compreendido como “um campo de práticas de “ajuda” aos países necessitados” (BERTOLOZZI; BÓGUS; SACARDO, 2008, p.

292). Ajuda esta, que era sempre proveniente do cenário externo, ou seja, de países detentores do poder político e econômico e do conhecimento técnico em saúde (*IBIDEM*).

Para Merson, Black e Mills (2006), Saúde Internacional é compreendida como a aplicação dos princípios de saúde pública para os problemas e desafios que afetam os países de baixa e média renda e para o complexo conjunto de forças globais e locais que os influenciam. Ou seja, mais uma vez conceituando-a sob a tutela de uma perspectiva assistencialista oferecida por países dominantes aos seus dominados.

Num contexto de mundo cada vez mais globalizado, o termo “saúde global”, vem rapidamente substituindo o antigo “saúde internacional”. Ao seu favor, a nova nomenclatura representa um conceito mais amplo, tratando de interesses de saúde numa lógica que trate o planeta como um todo, ou seja, deixando de lado interesses de nações em particular (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Para Frenk E Gómez-Dantés, (2007), existem três tendências importantes que influenciam, de maneira determinante, a saúde global: a) a crescente transferência internacional de riscos e oportunidades para a saúde; b) O maior pluralismo das agências e atores na área de saúde pública internacional; e c) O papel mais crítico da saúde dentro da agenda econômica, da segurança global e da democracia.

Para Kickbusch (2002) a saúde global representa um novo contexto, consciência, abordagem e estratégia das questões de saúde internacional. O termo contribui para uma maior compreensão da extensão da transferência de saúde e os riscos trazidos pelas mudanças naturais, redução das distancias com os modernos

meios de transporte e comunicação. Para a autora, o termo também contribui para o desenvolvimento de estratégias que neutralizariam epidemias e riscos ambientais ou biológicos para a saúde; e seu principal objetivo deve ser o acesso equitativo a saúde em todas as regiões do globo.

Embora, como dito anteriormente, a ideia de saúde como prática internacional já vinha de séculos anteriores, apenas entre 1851 e 1903 ganhou ampla dimensão com a organização de onze conferências internacionais de saúde, onde as nações participantes decidiram por criar a Oficina Internacional de Higiene Pública (OIPH). As medidas sanitárias impostas na Europa também foram adotadas pelo continente americano, influenciando o comércio internacional e servindo de base para criar a Oficina Sanitária Pan-Americana, em 1902 (OPAS, 1992 apud BERTOLOZZI; BÓGUS; SARCADO, 2008).

Posteriormente, em 1945, foi realizada em São Francisco, nos Estados Unidos da América, uma conferência Internacional que aprovou a criação das Nações Unidas (ONU) e votou pela imediata reunião que visava a criação de uma nova agência de saúde especializada. Em 1948 ocorre, em Genebra, à primeira Assembleia Mundial de Saúde, na qual é criada formalmente a Organização Mundial de Saúde¹² (OMS). A esta foi atribuída o papel de servir como agência especializada

¹ A OMS tem como objetivo as seguintes funções básicas: Oferecer liderança em temas cruciais para a saúde e participar em alianças quando se é necessária uma ação conjunta; Determinar as linhas de investigação e estimular a produção, difusão e aplicação de conhecimentos técnicos; Estabelecer normas, promover e acompanhar suas aplicações na prática; Formular opções de política que unam princípios éticos e fundamentos científicos; Prestar apoio técnico, catalisando mudanças e construção de capacidade institucional sustentável; monitorar a situação em matéria de saúde e determinar as tendências sanitárias (OMS, 2006, tradução nossa).

da ONU em saúde internacional, marcando assim, em definitivo, a posição da problemática da saúde na agenda internacional de um mundo recém transformado pela segunda guerra mundial (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

É importante ressaltar que, nas últimas décadas do século passado, o papel da OMS na liderança em Saúde Global diminuiu e foi questionado, passando o Banco Mundial a ter forte influência nas prioridades globais de saúde para pesquisa política e investimentos (RUGER e YACH, 2008).

Deste modo, a partir do fim do século XX, com a consolidação da Globalização e a crescente integração de ações de saúde, tem-se um ambiente internacional cada vez mais complexo e em rápida transformação. Em função disto, as ações em saúde pública tornam-se um desafio global.

Para dar resposta a tal dinâmica de necessidades, a OMS hoje trabalha com uma agenda de seis pontos que norteiam seus objetivos, suas necessidades estratégicas e suas abordagens operacionais (OMS, 2013). São estes: Primeiro, promover o desenvolvimento: regido pelo princípio da equidade em saúde, as ações da OMS visam a promoção e acesso a saúde dando prioridade a resultados entre grupos mais pobres, desfavorecidos e vulneráveis. Sendo os pilares da agenda de saúde e desenvolvimento da OMS, a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas, e

² Após a criação da ONU outros atores internacionais políticos e/ou com poder financeiro foram criados, além da OMS, surgiram instituições tais como: a Organização Mundial do Comercio (OMC), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura (Unesco), Banco Mundial entre outras.

da luta contra doenças negligenciadas. O segundo ponto visa fomentar segurança sanitária: as ameaças à segurança em saúde requerem uma ação coletiva, sendo uma das maiores ameaças o surto de doenças emergentes e epidêmicas. As ações de segurança visando defender-se coletivamente de surtos estão sendo reforçadas, desde 2007, pela entrada em vigor da nova versão do Regulamento Sanitário Internacional.

Dando sequência, o terceiro ponto pretende fortalecer os sistemas de saúde: para que a saúde funcione efetivamente na estratégia de redução da pobreza, se faz necessário que os serviços de saúde atinjam as populações carentes. Para uma melhoria dos sistemas de saúde, a OMS prioriza uma maior disponibilidade no número de trabalhadores qualificados, financiamento adequado, sistemas adequados de coleta de estatísticas vitais e acesso a tecnologia adequada, incluindo medicamentos essenciais; e o quarto ponto busca ampliar a utilização de dados, pesquisas e acesso a informação: as evidências empíricas devem ser a base para a definição de prioridades, bem como definição de estratégias e cálculo de impactos. Sendo assim, a OMS deve gerar informações de saúde, em contato com os principais especialistas, estabelecer padrões e desenvolver políticas específicas baseadas em evidências para acompanhar a situação da saúde global.

Por fim, o quinto ponto visa potencializar parcerias: os trabalhos da OMS contam com apoio e colaboração de muitos parceiros, incluindo a agência da Organização das Nações Unidas, outras organizações internacionais, doadores, organizações da sociedade civil e setor privado. A OMS através de seu poder estratégico incentiva seus parceiros a implementarem programas alinhando suas atividades com as melhores diretrizes e práticas técnicas, assim como com as

prioridades estabelecidas por cada país; e o sexto e último ponto, pretende melhorar o desempenho das atividades da OMS: a organização passa por reformas encaminhadas para melhorar sua eficiência e eficácia, tanto a nível internacional como nos países. Para isso, planeja seu orçamento e suas atividades através de uma gestão baseada em resultados, a fim de medir seu desempenho a nível nacional, regional e internacional.

Deste modo, a OMS busca adequar-se a um contexto de saúde global. Ao direcionar sua atuação no novo milênio na perspectiva de universalização do acesso da saúde, direcionando seu foco na redução de pobreza e de inequidade em saúde, deixa claro que o fortalecimento dos sistemas de saúde em cada um dos países se caracteriza como uma necessidade global. Desta forma, reduzir pobreza e desigualdade no acesso à saúde de qualidade em países subdesenvolvidos se mostra como uma estratégia de controle de doenças emergentes e epidemias em todo o globo.

Em uma sociedade transformada pelo processo de globalização, fica evidente a necessidade de adequar-se a um contexto de novos desafios e de uma dinâmica de demanda de saúde em constante fluxo, em que muitos são os riscos e problemas existentes para a saúde da população que não permeiam as fronteiras dos estados. Devido o intenso fluxo e facilidade de movimentação das pessoas e mercadorias, os sistemas de saúde enfrentam um cenário de desafio a oferecer respostas para um contexto sanitário heterogêneo e em fase de transição. Problemas de saúde pública, meio ambiente, caráter social, dentre outros, incidem diretamente sobre os perfis epidemiológicos. Este contexto demonstra uma necessidade de se

pensar uma perspectiva “global”, que permita compreender os processos de globalização e suas relações entre os níveis local, nacional e internacional (GOMES; CASTRO, 2014; BERTOLOZZI; BÓGUS; SACARDO, 2008).

TUBERCULOSE

Até meados do século XX a TB era a principal causa de morte por doenças infecciosas, estimando-se que fosse responsável anualmente por sete milhões de óbitos no mundo (BATES et al., 2004). Doença infectocontagiosa, com evolução crônica, seu agente etiológico – o *Mycobacterium tuberculosis* – foi isolado pelo pesquisador alemão Robert Koch, sendo esta a razão de ser conhecido como “bacilo de Koch” ou simplesmente BK, e tendo como transmissão as vias aéreas superiores (GILL, 2004).

É praticamente universal a susceptibilidade à infecção a TB. Após infecção inicial com o *M. tuberculosis*, ocorre o desenvolvimento de tuberculose primária, que na maioria das pessoas é clinicamente "silenciosa" e resolvida sem intervenção. Entretanto, em algumas pessoas a infecção pode induzir um estado latente, chamado de infecção latente da tuberculose (TL), que pode durar anos ou mesmo décadas (DAVIES et al., 2008). Mudanças fisiológicas e psicológicas que podem resultar em estresse crônico, como a imigração, podem aumentar essa susceptibilidade a reativar a TB a partir da infecção latente (FARAH, 2005). Ao tossir, falar ou espirrar o portador da doença espalha no ar gotículas contendo o bacilo da TB que, através da inalação, levam ao contágio. Porém, o risco de infecção

depende da quantidade de bacilos expelidos e do tempo de exposição de um indivíduo suscetível (RIEDER, 2001).

A carga mundial de TB segue sendo enorme, no informe mundial sobre a tuberculose (OMS, 2013), calcula-se que em 2012 existiam 8,6 milhões de novos casos de TB e 1,3 milhões de pessoas morreram desta causa no mesmo ano, dentre eles 320.000 soropositivas para HIV. A TB é, na maioria dos casos, uma doença curável, com 90% de chance de obter cura em seis meses de tratamento com combinações de drogas de primeira linha. Existe outra parcela, cerca de 450.000 pessoas que contraíram e 170.000 que morreram com TB multirresistente. Esta possui uma parcela de cura mais baixa - entre 50% a 70% - e estes doentes devem fazer uso de medicamentos mais caros e com efeitos colaterais severos por cerca de dois anos (OMS, 2013).

Na região das Américas, a TB é a segunda causa de morte por um único agente infeccioso, perdendo apenas para o HIV, mesmo a incidência estando constantemente em declínio desde 1990 nas suas sub-regiões e maioria dos países, com exceção do México e América central onde atingiu um platô. Em 2011, estimava-se em 268.400 o número de casos incidentes, 5.100 a menos que em 2010. Destes, cerca de dois terços (67%) dos casos incidentes de TB ocorreram na América do Sul (29% na sub-região dos Andes e 38% no restante) - dos quais, Brasil, Peru México e Haiti comportam 60% dos casos, segundos dados da *Organización Panamericana de la Salud* (PAHO, 2013)

A Bolívia ocupa segundo lugar na América do Sul em TB, com incidência de, aproximadamente 131,0 por 100.000 habitantes-ano em 2012. Sendo

as maiores taxas de incidência acumulada específicas por idade e sexo encontradas nos pacientes masculinos, que estejam acima de 55 anos e entre os jovens de 15 a 25 anos, o que indica a persistência da transmissão do bacilo na comunidade (PAHO,2013). Outro problema que dificulta o combate a tuberculose na Bolívia, se dá pela taxa relativamente baixa de diagnósticos de novos infectados no país. Segundo o Banco Mundial (2014), no ano de 2012, estima-se que apenas 62% dos novos casos de tuberculose na Bolívia tiveram caso diagnosticado. A título de ilustração, no Brasil, este percentual é de 82%. Tal dado torna difícil o combate à tuberculose no território boliviano, ainda que, naquele país, 86% dos novos casos diagnosticados de TB costumam seguir o tratamento até o final (número próximo a média mundial – 87% - e acima da média brasileira que é de 76%).

Os gráficos abaixo mostram que, apesar da gradual redução de Tuberculose nos dois países, em 2012 a Bolívia apresenta índices muito acima do apresentado no Brasil no ano de 1990.

Figura 1: Série histórica dos casos de tuberculose por 100.00 habitantes na Bolívia

Fonte: World Development Indicators 2014 (BANCO MUNDIAL, 2014).

Figura 2: Série histórica dos casos de tuberculose por 100.00 habitantes no Brasil.

Fonte: World Development Indicators 2014 (BANCO MUNDIAL, 2014).

Com objetivo de eliminar a TB enquanto problema de saúde pública até 2050 e reduzir pela metade a incidência, a carga e a mortalidade da TB no mundo até 2015 - comparados com valores de 1990 -, a OMS lançou o Plano Global para o

Combate a Tuberculose 2011 – 2015 (*The Global Plan to Stop Tuberculosis 2011-2015*). Este plano apresenta dentre seus componentes: (a) expandir a estratégia DOTS – Tratamento Diretamente Observado - com qualidade; (b) analisar a coinfeção TB/HIV, tuberculose multidrogarresistente (TB MDR) e as necessidades de populações pobres e vulneráveis; (c) fortalecer o sistema de saúde baseado na atenção primária; (d) envolver todos os prestadores de serviços de saúde; e (e) possibilitar e promover pesquisas (OMS, 2011).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL.MS, 2012), no Brasil a incidência de TB por 100 mil habitantes-ano, em 2002, foi de 44,20 e caiu para 37,28 no ano de 2012, o que significa uma queda considerável em uma década. Em 2012, a região Norte apresentou as maiores taxas de incidência, cerca de 45,16 por 100 mil habitantes-ano, seguida da região Sudeste com 40,15 por 100 mil habitantes-ano, região esta que concentra o maior número de casos novos. Em torno de 66,8% dos casos novos de TB notificados são do sexo masculino, onde há o maior número de casos novos na faixa etária entre 20 e 39 anos e as maiores taxas de incidência entre a faixa dos 40 a 59 anos. Entre as mulheres a faixa de 20 a 39 anos encontra-se com a maior taxa de incidência e o maior número de casos novos.

Dentre os estados da Região Sudeste, os estados do Rio de Janeiro - com 70,57 casos - e o estado de São Paulo - com 38,92 - apresentaram as maiores taxas de incidência em 2012 (BRASIL.MS,2012). Segundo o Boletim Epidemiológico do Município de São Paulo (SÃO PAULO.SS, 2012), a cidade apresentou um coeficiente de incidência de 51,25 por 100 mil habitantes-ano, número relativamente alto se comparado com os números do estado e do país.

Quando se trata de TB, um fator preponderante é coinfeção tuberculose/HIV, que alterou as perspectivas de controle da tuberculose no mundo, levando a um aumento na incidência da tuberculose e de sua morbidade e mortalidade. Pessoas com HIV são até 37 vezes mais propensas a desenvolver TB (OMS, 2011), sendo esta a maior causa de morte entre as pessoas que vivem com HIV, com taxa de óbito entre os que vivem com a coinfeção de 20% (BRASIL, 2011). A TB aumenta a quantidade de HIV circulante, que por sua vez aumenta a imunodeficiência, provocando um ciclo vicioso, com desfecho desfavorável para o doente (BRASIL, 2002).

Durante o diagnóstico de TB é frequente a soropositividade para HIV. No Brasil estima-se que, em 2010, entre os casos novos de TB notificados, cerca de 10% era de pessoas infectadas pelo HIV, sendo a região sul a que apresenta o maior número de casos de pessoas com TB/HIV (BRASIL, 2012). Estes pacientes em geral são mais imunocomprometidos, apresentando frequentemente intolerância medicamentosa, icterícia e reações alérgicas; sendo inclusive mais favoráveis a surtos de TB multi-droga resistentes (LIMA, 1997).

A Bolívia possui uma baixa prevalência de HIV, com menos de 1% de pessoas infectadas pelo vírus. Porém, esta prevalência vem aumentando entre homens com orientação homossexual, com um aumento de 15% em algumas cidades em estudo realizado em 2009 (USAID, 2012). Não se conhece a taxa atual de TB/HIV na Bolívia, porém estima-se que em 2000 essa taxa fosse inferior a 1/100.000 habitantes (CORBETT et al., 2003).

5. SISTEMA DE SAÚDE E ACESSO UNIVERSAL

Corroborando com a agenda definida para o novo milênio da OMS, se mostra evidente que há, em nível mundial, um grande esforço para a promoção de uma cobertura de saúde universal. Muitas vezes impactados por discussões acerca do financiamento e dos limites de atuação, a temática do acesso à saúde tem sido constante na política internacional³. O direito aos serviços de saúde, em especial para aqueles que não podem custeá-lo, parece ser a tônica da saúde global no início do novo milênio. De acordo com a diretora geral da OMS, Margaret Chan, “a cobertura universal da saúde é o maior conceito que a saúde pública tem a oferecer” (tradução nossa) (CHAN Apud LANCET, 2012).

Num contexto histórico, este movimento se posiciona como a terceira grande transição na saúde. A primeira foi a transição demográfica, esta que tem início no século XVIII e transforma em definitivo o planeta no século XX, na qual melhorias em saúde pública como esgoto e saneamento básico ajudaram a reduzir muitas mortes prematuras. A segunda transformação veio com a transição epidemiológica, que começou no século XX, atingindo quase todos os países no século XXI, e onde as doenças transmissíveis, como varíola e poliomielite, foram vencidas e controladas de uma forma nunca antes vista. Agora, uma terceira grande

³ Dentre os 25 países mais ricos do mundo, salvo os Estados Unidos – este apesar do apoio do supremo Tribunal, ainda conta com forte oposição política -, todos adotaram algum tipo de cobertura. Além disto, vários países de renda média, incluindo Brasil, México e Tailândia, também o fazem. Entre os países de baixa renda, nações como as Filipinas, Vietnã, Ruanda e Gana trabalham por políticas neste sentido. Índia, África do Sul e China estão fazendo algum progresso também neste sentido (LANCET, 2012).

transição parece estar varrendo o mundo, mudando a forma como os sistemas de saúde são financiados e organizados (RODIN; DE FERRANTI, 2012).

Ainda sobre a perspectiva histórica, na Conferência Sanitária Internacional de 22 de Julho de 1946, a constituição da OMS foi adotada, nela destacava-se que “o gozo do grau máximo de saúde que se possa lograr é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social” (OMS, 1946). Neste momento, entra em pauta, na constituição da instituição, a saúde como um direito inerente ao ser humano individualmente, não podendo ele ser discriminado no que se refere ao acesso à saúde. Dois anos depois, na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DHU) coloca-se o direito a saúde de maneira mais ampla, saindo da visão individual. Bem como se relaciona a saúde a outros direitos como habitação, alimentação, maternidade e segurança.

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social.
(ONU, Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948 – Artigo 25).

Um grande marco do direito ao acesso universal a saúde é a Declaração de Alma-Ata, de 1978, com uma proposta de “Saúde para todos no ano 2000” e “Estratégia de atenção Primária de Saúde”. O texto da Declaração reconhece a saúde

como um objetivo social fundamental, trazendo uma nova dimensão às políticas de saúde, e efetivando uma maior cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os responsáveis convencionais pelos serviços de atenção a saúde e seus fundamentos conceituais.

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (DECLARAÇÃO ALMA-ATA, 1978)

Já na proclamação deste documento destacava-se a importância do papel da saúde primária como fundamental ao processo de saúde para todos. Naquele documento, este modelo de saúde focada em cuidados básicos, foi amplamente discutido, onde sua descrição multifacetada era um excelente exemplo do compromisso com a universalização do direito a saúde. O atraente slogan “saúde para todos” teve, diante da dificuldade de não aceitação imediata, tratamento retórico seguido do apoio imediato, entretanto não seguido por medidas que viessem a reestruturar mudanças de caráter socioeconômico em parte dos países signatários (SILVA et al, 2009).

O modelo de atenção conhecido como “Sistema Universal” tem por ideia fundamental que todo membro da sociedade tem direito de receber os cuidados básicos de saúde que necessita, sem que para isso tenham dificuldades financeiras ao custeá-lo. A ideia central é que, ao dividir os gastos por toda população, todos teriam menos custos diante dos problemas de saúde, poupando aqueles que necessitam de tratamento. E, conseqüentemente, adoecer não seria mais sinônimo de dificuldades

financeiras. O modelo de Cobertura Universal pode ser atingido de diversas maneiras, com diversas abordagens. No entanto, a ideia de que cada país deverá desenvolver seu próprio caminho, no que se reconhece sua cultura e sistemas de saúde pré-existentes, está sendo o caminho cada vez mais aceito (SAVEDOFF, 2013; RODIN, DE FERRANTI, 2012).

Para Frenk e De Ferranti (2012), existe uma relação direta entre bons sistemas de saúde e desenvolvimento. Os pesquisadores destacam que acesso à saúde de qualidade traz consigo benefícios como: o aumento da produtividade e do empreendedorismo, uma melhora no desempenho educacional e redução da pobreza. Os autores também ressaltam que um bom sistema de saúde, especialmente por proporcionar o acesso à saúde preventiva, resulta na capacidade de não endividamento familiar em decorrência grandes contas médicas. Sendo, portanto, a ampliação dos serviços de saúde de alta qualidade, se bem feitos, capaz de beneficiar a população como um todo, não só no que se refere diretamente ao acesso à saúde.

Ainda que com diferenças específicas de cada sistema de saúde, em países como Brasil e Bolívia - assim como Venezuela e Uruguai - o foco das políticas foram deslocadas para a universalização em saúde e modelos de assistência fundamentada em atenção primária à saúde integral - com mudanças constitucionais de afirmação ao direito à saúde -, apresentando avanços, neste sentido, na última década (PEREIRA, 2012).

Deste modo, dando continuidade a discussão da temática específica deste trabalho, apresenta-se abaixo um delineamento dos sistemas de saúde brasileiro e

boliviano, de modo a destacar, especialmente no que se referem ao acesso universal, diferenças que marquem os dois sistemas entre si.

ACESSO UNIVERSAL NO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A criação do Sistema Único de saúde (SUS) foi um marco histórico, tido como o maior movimento de inclusão social no Brasil, representando em termos constitucionais uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro com os direitos de seus cidadãos (DE ARAÚJO SOUZA; COSTA, 2010). No Início dos anos 80, durante a luta pela redemocratização e com modelo econômico implantado pela ditadura militar em crise, um amplo movimento social toma forma no Brasil. Havia um intenso clamor coletivo por mudanças e se intensificaram as manifestações da população imersa em conflitos sociais – desigualdades, aumento do desemprego, miséria, problemas para assistência em saúde etc. No campo da saúde forma-se o movimento de reforma sanitária brasileira, este que defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas como uma questão social e política a ser debatida em espaço público (PAIM, 2011; DE ARAÚJO SOUZA; COSTA, 2010; BRASIL, 2011).

Em 1985 chega ao fim o regime militar e, com a Nova República, lideranças do movimento sanitário assumem as políticas de saúde do país. É neste contexto que em 1986 acontece no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde que serve como pontapé inicial para a Reforma sanitária com a presença de mais de quatro mil pessoas. Seu regimento final aprova o conceito de saúde como direito de todos, servindo como base para elaborar, na nova Constituição Federal (CF-88), as diretrizes de Saúde do Brasil. Com desenvolvimento de estratégias que permitiriam a

coordenação, integração e transferência de recursos entre instituições de saúde federais, estaduais e municipais que culminou na construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como uma necessidade imediata e de transformação progressiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) (DE ARAÚJO SOUZA; COSTA, 2010; BRASIL, 2011).

1 – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986 – Relatório final).

A constituição CF-88, conhecida como “constituição cidadã”, foi um marco nas redefinições políticas do Estado na saúde. Ela define o conceito de saúde incorporando as novas diretrizes, como alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer e a segurança. Sendo as sessões que tratam de saúde na constituição os artigos que vão do 196º a 200º.

O art. 196º dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” – deixando claro o caráter universalista da cobertura do SUS. Já o artigo 197 coloca o SUS e suas ações como de “relevância pública”, colocando ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle. O SUS é definido pelo artigo 198 quando:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Neste mesmo artigo, o parágrafo único esclarece que o SUS deve ser financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Assim, baseado em uma política social e universalista, foi criado o SUS, em outubro de 1988, instituído pela Constituição Federal CF-88 e consolidado pelas Leis nº 8.080⁴ e nº 8.142⁵, mostrando os objetivos, as competências e atribuições do SUS.

Seguindo os preceitos constitucionais da CF-88 e da Lei nº 8.080, as ações de saúde dos serviços que integram o SUS seguem as seguintes diretrizes e princípios: (a) universalidade: com acesso a todos os níveis de assistência em saúde; (b) equidade: onde todo cidadão é igual perante o SUS não podendo haver discriminação na prioridade ou qualidade do serviço; (c) integralidade da assistência: com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; (d) descentralização político administrativa com direção única em cada esfera do governo; (e) conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; e (f) participação da comunidade; regionalização e hierarquização (BRASIL.CONASS, 2011)

⁴ A Lei nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde, 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências.

⁵ A Lei nº 8.142, de 29 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e das outras providências.

Com pouco mais de duas Décadas de existência, o SUS foi capaz de firmar-se como sistema de saúde sólido e obter satisfatórios resultados para a sociedade brasileira, respondendo também por outros serviços como vigilância epidemiológica, imunização e controle de enfermidades endêmicas (DE ARAÚJO SOUZA; COSTA, 2010). Ainda que haja críticas, é inegável a força do SUS para a população, o sistema possui o maior número de estabelecimentos em saúde, assim como é responsável pela maior parte dos procedimentos em saúde e pela cobertura de três quartos da população residente no Brasil. É no SUS que a população encontra atendimentos de saúde coletiva e o fornecimento de medicamentos no setor ambulatorial – um dos itens de maior gasto privado em saúde (*IBIDEM*).

Antes da criação do SUS apenas 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos **30 dias**. Já em 2008, esse número sobe para 14,2% (26,8 milhões de pessoas) que relatavam uso de serviços de saúde nos últimos **15 dias**, representando um aumento de 174% no uso de serviços de saúde (PNAD 2008).

Em mais de duas décadas de implementação, o SUS obteve vários e importantes resultados, dentre eles, destacam-se, a realização de programas como o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACs), com enfoque na promoção e prevenção, que obteve fortes impactos em diminuição da desnutrição, ampliação de vacinação, ampliação do número de consultas pré-natal e redução da mortalidade infantil (BRASIL.CONASS, 2011). No Brasil, em 2008, foram estimados 57,6 milhões de domicílios dos quais 27,5 milhões (47,7%) declararam estar cadastrados no Programa Saúde da Família (PNAD 2008).

Além disto, outros grandes resultados do SUS foram a eliminação do sarampo em 2007, interrupção da transmissão do cólera, em 2005, da rubéola, em 2009, e da transmissão vetorial de Chagas, em 2006. Seguindo assim, houve também, a redução das mortes de outras 11 doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase, malária e AIDS. No que se refere a atendimento, houve a implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que atende 105 milhões de brasileiros e oferece uma resposta rápida à população (BRASIL.CONASS, 2011).

O SUS também teve forte papel nas políticas brasileiras de saúde que reforçaram a luta contra o tabaco, e que nos últimos anos reduziram o percentual de fumantes no país em 15%. O SUS se consolidou como o principal fornecedor de medicamentos e o crescimento do mercado de genéricos com o aumento de novos registros de medicamentos. Houve também o estabelecimento do Sistema Nacional de Transplantes, que fez com que o Brasil figurasse hoje no segundo lugar em número absoluto de transplantes realizados ao ano em todo o mundo - foram realizados, em 2009, 20.200 transplantes, sendo mais de 90% pelo SUS (*IBIDEM*).

Outro forte resultado obtido pelo SUS foi a implantação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN-DST/Aids), que tem como principal missão reduzir a incidência e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids. Houve ainda a consolidação de um dos maiores programas de imunizações do mundo, levando o país a garantir altos índices de cobertura vacinal, atingindo de forma estável e universal todos os segmentos populacionais. Bem como, houve também a eliminação da Síndrome da Rubéola

Congênita com imunização de mais de 67,2 milhões de pessoas, atingindo 95,8% de cobertura (BRASIL.CONASS, 2011).

Apesar dos grandes benefícios e investimentos feitos no SUS o programa ainda deve avançar muito para assegurar padrões consistentes e elevados – universal e equitativo. É destaque o forte impacto positivo de políticas como SUS, e discuti-lo serve como base para melhores condições de vida e redução da desigualdade social, sendo um grande desafio para o Brasil.

ACESSO UNIVERSAL NO SISTEMA DE SAÚDE NA BOLÍVIA.

A Bolívia, situada na região central da América do sul, é uma república unitária e democrática, dividida em 9 departamentos e 337 municípios, sendo 66,34% da população urbana e 34% rural. No que se refere à saúde, a Bolívia apresenta os piores indicadores de saúde da América Latina. A taxa bruta de mortalidade 2005 – 2010, segundo o Instituto Nacional de Estatísticas (INE), foi de 7,29 mortes por 1.000 habitantes. O país possui uma das mais altas taxas de mortalidade infantil da América latina, mesmo tendo diminuído de 49 em 2003 para 33 em 2012, para cada 1.000 nascidos vivos. Assim como também tem uma das mais altas taxas de mortalidade materna por 100.000 habitantes, com 200 mortes em 2013 (ainda que tenha diminuído, uma vez que era de 230 em 2010) (BANCO MUNDIAL 2014).

Um dos seus problemas mais sérios é a desnutrição crônica que afeta a quarta parte da população pré-escolar e sua prevalência é maior entre as crianças que habitam a zona rural (OPAS, 2012). A Bolívia também enfrenta sérios problemas de

saúde ligados a enfermidades endêmicas que incidem sobre grande porcentagem da população, como Doença de Chagas, Malária e Tuberculose.

Em 2001, embora o setor público respondesse pela maior parte dos hospitais, centros e postos de saúde (77%), a população coberta por seus serviços era bem inferior a esse número. O seguro social - que oferece cobertura aos trabalhadores assalariados por meio de financiamentos tradicionais - em 2001 contava com 8% dos hospitais e cobria 25,8% da população. O setor público era responsável por cobrir 30% da população, as Organizações Não Governamentais (ONG) por 10% e o setor privado por 0,5%, estando, então, 33,7% da população sem cobertura em saúde (OPAS 2001).

Outra pesquisa nacional constatou que, em 2002, 77% do quintil mais pobre da população não tinha acesso a qualquer seguro de saúde e apenas 4% era coberto pelos seguros sociais. Enquanto no quintil mais rico este foi de 57% e 37% respectivamente. Nesse mesmo ano, 59% da população ‘não pobre’ aderiram aos serviços de saúde quando necessário, enquanto que apenas 44% dos pobres e 35% dos extremamente pobres foram capazes de fazer o mesmo (NARVAE; SARIC, 2004 apud Silva et al., 2011). Ou seja, grande parte da população de baixa renda, mesmo diante da iminente necessidade de acesso a um serviço de saúde, não teria possibilidade de fazê-lo.

Em 2003 é estabelecido pela Lei nº 2.426 (artigo 1, inciso I) o Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI), com o propósito de diminuir a morbidade e mortalidade materna e de suas crias, cobrindo mulheres durante a gestação e 6 meses após o parto; e crianças menores de 5 anos. Em 2005 essa cobertura foi estendida a

mulheres não grávidas menores de 60 anos e a mulheres em idade fértil (OPAS 2012).

Pouco antes da posse de Evo Morales, em 2006 (entrando em vigor em 2007), por meio da Lei nº 3.323, criou-se o Seguro Saúde Para Adulto Maior (SSPAM), que dispunha da criação de seguro saúde integral para adulto idoso, protegendo toda pessoa acima de 60 anos que vivia no território nacional.

Ao assumir a presidência da Bolívia, em 2006, Evo Morales encontrou no país uma população com péssima condição de saúde e acesso limitado a um sistema de saúde fragmentado e de qualidade questionável. O governo do Movimento Socialista teve por visão transformar o que eles nomeiam ironicamente de “Ministério das Doenças” em uma estrutura pública responsável pela manutenção em saúde basicamente através de atividades promocionais intersetoriais sem alterar as políticas de saúde passadas (SILVA et al., 2011).

De fato a cobertura de seguro social na Bolívia se limitou, até 2009, a uma parte dos trabalhadores assalariados do setor formal. De acordo com dados de daquele ano, a Bolívia apresentava uma população de 10.227.281 habitantes do qual o Seguro Social Obrigatório De Curto Prazo – caixa social de saúde que atendem empregados formais ou autônomos que contribuem voluntariamente e familiares - estaria cobrindo apenas 28.4% da população. Somando a cobertura de Seguro Universal Materno-infantil (SUMI) que alcança 9,4% da população e do Seguro Público do Adulto Maior (SPAM) que chega a 4,8% a cobertura total de seguridade em saúde chega somente a 42,7% da população, estando a maior parte da população sem cobertura (BOLIVIA, 2009).

No propósito de atender a este percentual da população sem cobertura de saúde, o principal esforço do governo foi a aprovação da *Nova Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia* (CPE). O novo texto da CPE, aprovada em 2009, estabelece o acesso e inclusão de todas as pessoas à saúde, sem exclusão, nem discriminação por qualquer que seja o critério. Dispondo do princípio de universalidade aplicada de maneira equitativa, intercultural, participativa, com qualidade e controle social, o sistema de saúde boliviano, por meio da CPE, mostra-se de acordo com as políticas de universalidade da saúde.

A CPE garante, em seu art. 9º (inciso 5), o acesso de todas as pessoas à educação, saúde e trabalho. Determina também, por meio de art. 18º, que o direito à saúde é garantido por meio da inclusão e do acesso indiscriminado. Deste modo, caracteriza o sistema único de saúde boliviano de forma “universal, gratuita, equitativa, intracultural, intercultural, participativa, com qualidade, carinho e controle social”.

Sendo o sistema baseado nos princípios de solidariedade, eficácia e responsabilidade e que deve ser desenvolvido mediante políticas públicas em todos os níveis de governo. Sendo delegado ao estado, também em todos os seus níveis, o papel da garantia do direito à saúde, promovendo políticas públicas orientadas a melhorar a qualidade de vida, o bem-estar coletivo e o acesso gratuito da população a serviços públicos, onde o sistema de saúde é único e inclui também a medicina tradicional de povos indígenas e nações camponesas (BOLÍVIA.CPE, 2009, art. 35º).

Ao estado é também delegada a missão de garantir, além do acesso universal à saúde, o controle do exercício dos serviços públicos e privados de saúde,

regulamentando-o mediante a lei (idem, 2009, art. 36º), sendo obrigação do estado a defesa e garantia do direito à saúde, constituindo-se, isto, uma suprema responsabilidade financeira do estado: a promoção de saúde e prevenção de doenças (idem, 2009, art. 37º). Desta maneira, os bens e serviços públicos de saúde tornam-se propriedades do estado, não podendo ser privatizados e nem passar por processos de concessão; sendo ainda garantida a prestação de serviços de forma ininterrupta (idem, 2009, art. 38º).

Além do sistema de saúde pública, é garantido ao cidadão boliviano o acesso à segurança social, sendo esta fornecida sob os princípios da “universalidade, integralidade, equidade, solidariedade, unidade de gestão, economia, oportunidade e eficácia intercultural”, além disto, sua liderança e gestão são responsabilidades do Estado, sendo também garantido o controle e participação social. O serviço público de segurança social também não pode ser privatizada ou condicionado (idem, 2009, art. 45º).

Entretanto, os dados apresentados nas constantes pesquisas domiciliar realizadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) boliviano, demonstra que, apesar dos avanços, até 2011 se mostrava, ao menos no acesso ao sistema de seguro social, evidente o longo caminho a percorrer no sentido da universalização do acesso.

Tabela 1: Cobertura de Seguro Social em pesquisa domiciliar na Bolívia nos anos de 2006, 2007, 2008, 2009 e 2011.

	2006	2007	2008	2009	2011
--	------	------	------	------	------

Público	15,9% ⁶	28,2% ⁷	27,5% ⁸	29,6% ⁹	34,1% ¹⁰
Privado	3,5%	2,2%	3,5%	2,45%	1,7%
Nenhum	80,1%	69,4%	68,8%	67,5%	64%
Outro	0,5%	0,2%	0,2%	0,5%	0,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Pesquisa domiciliar – Instituto Nacional de Estatística boliviano.(INE.DOMICILIAR, 2014)

Ou seja, ainda que entre 2003 e 2011 tenha diminuído consideravelmente o percentual de indivíduos sem cobertura de seguro social, ainda aparenta ser, a universalização deste tipo de serviço, uma meta muito distante, estando a maior parte da população sem acesso.

É importante lembrar que, apesar de, em número de estabelecimentos hospitalares o seguro saúde representar apenas 5,6% das ofertas (LEDO; SORIA, 2011), ele ainda é responsável por grande parte dos atendimentos hospitalares na Bolívia. Deste modo, sendo a rede de hospitais de seguros sociais a segunda maior do país, é, indiscutivelmente, impactante que a maior parte da população não tenha acesso.

Um outro grande desafio para a saúde na Bolívia é o acesso físico. A topografia acidentada dos Andes bolivianos, o clima muito variável, e populações isoladas, impõem dificuldades para o atendimento em saúde. As distribuições existentes das equipes de saúde e o acesso aos serviços de cuidados primários são insuficientes para populações de áreas mais distantes.

⁶ Incluindo: Caixa nacional de saúde e seguro nacional da velhice. Entretanto, perguntado ao entrevistado conforme apresentado na tabela.

⁷ Incluindo: Caixa de Saúde, SUMI, SSPAM e outros seguros públicos.

⁸ Definido conforme o apresentado.

⁹ Definido conforme o apresentado.

¹⁰ Incluindo: Caixa de Saúde, SUMI, SSPAM e outros seguros públicos.

O grave desequilíbrio existente no tipo, número e distribuição espacial de equipes de saúde, leva a uma limitada acessibilidade física. Como descrito por Perry e Gesler (2000) a maioria da população em áreas distantes e de difícil acesso tem acesso limitado a cuidados primários em saúde.

Neste sentido, dados do Instituto Nacional Estatística para o Ministério da Saúde e Desporto da Bolívia, observando a distribuição de habitantes por estabelecimento de saúde, estes distribuídos em três categorias: (1) Habitantes por Estabelecimento de Saúde¹¹; (2) Habitantes por estabelecimento de primeiro nível de atenção¹²; (3) Habitantes por estabelecimento hospitalar¹³, mostram o que a distribuição de estabelecimentos de saúde entre os departamentos da Bolívia ocorre de forma desigual entre as regiões.

Em linhas gerais no decorrer dos anos a relação habitante por estabelecimento de saúde vem diminuindo, o que é um ponto positivo mesmo que com números muito reduzidos. No entanto, existe uma grande discrepância nos números por departamentos como, por exemplo, em Santa Cruz observamos em 2012 um alto número de habitantes por estabelecimento de saúde 4.993, assim como habitantes por estabelecimento de atenção primária 5.941 e o número de habitantes por hospital 31.284. Já no departamento de Pando a diferença habitante por estabelecimento de saúde (1.086) e habitantes por nível de atenção primária (1.114), sendo então essa relação bem menor que Santa Cruz. No entanto, o número de

¹¹ Todos os estabelecimentos da Rede de Serviços de Saúde.

¹² Postos e Centros de Saúde.

¹³ Hospital Básico, Hospital General e Instituto Especializado.

Habitantes por Estabelecimento de Saúde (1)	1.766	1.740	1.649	1.657	1.559	1.525	1.501	1.466
Habitantes por Estabelecimento de Primeiro Nível de Atenção (2)	1.808	1.780	1.688	1.697	1.594	1.558	1.536	1.499
Habitantes por Estabelecimento Hospitalares (3)	76.820	77.258	70.597	70.945	71.297	71.673	66.156	66.580
Tarija								
Habitantes por Estabelecimento de Saúde (1)	2.522	2.522	2.535	2.602	2.393	2.364	2.419	2.251
Habitantes por Estabelecimento de Primeiro Nível de Atenção (2)	2.732	2.742	2.736	2.808	2.627	2.599	2.660	2.476
Habitantes por Estabelecimento Hospitalares (3)	32.786	31.438	34.589	35.499	26.827	26.117	26.734	24.869
Santa Cruz								
Habitantes por Estabelecimento de Saúde (1)	4.684	4.848	4.842	4.994	5.087	5.019	5.014	4.993
Habitantes por Estabelecimento de Primeiro Nível de Atenção (2)	5.517	5.712	5.710	5.889	6.001	5.940	5.939	5.941
Habitantes por Estabelecimento Hospitalares (3)	31.023	32.045	31.836	32.834	33.413	32.393	32.166	31.284
Beni								
Habitantes por Estabelecimento de Saúde (1)	2.560	2.560	2.456	2.500	2.328	2.283	2.242	2.103
Habitantes por Estabelecimento de Primeiro Nível de Atenção (2)	2.769	2.765	2.640	2.688	2.459	2.407	2.359	2.225
Habitantes por Estabelecimento Hospitalares (3)	33.915	34.563	35.203	35.837	43.764	44.523	45.293	38.383
Pando								
Habitantes por Estabelecimento de Saúde (1)	1.191	1.179	1.065	1.108	1.151	1.176	1.091	1.086
Habitantes por Estabelecimento de Primeiro Nível de Atenção (2)	1.235	1.220	1.097	1.141	1.204	1.230	1.135	1.114
Habitantes por Estabelecimento Hospitalares (3)	33.345	34.770	36.214	37.668	26.083	27.053	27.994	43.427

Fonte: Instituto Nacional de Estatística – Ministério de Saúde e Desporto. (INE.MINISTÉRIO DA SAÚDE E DO DESPORTO, 2014)

No que diz respeito à distribuição de habitantes por leitos hospitalares, a série histórica dos últimos anos (2005 – 2012) mostra que essa distribuição observa um caráter também bastante heterogêneo entre os nove departamentos da Bolívia. Ainda que tenham ocorrido mudanças durante este período, com o crescimento do

número de leitos em alguns departamentos (redução em outros), a distribuição de leitos por habitantes tem um caráter muito desigual. Por exemplo, Chuquisaca que apresenta o número de 496 habitantes por cama, enquanto o departamento de Potosí apresentou 1.350, em 2012.

Tabela 3: Habitantes por camas hospitalares segundo departamento boliviano nos anos de 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012.

DESCRIÇÃO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bolívia								
Camas Hospitalares	14.404	14.737	14.928	15.017	10.526	10.803	10.914	11.273
Habitantes por Cama Hospitalar	654	653	658	668	972	965	973	960
Chuquisaca								
Camas Hospitalares	1.939	1.985	1.996	1.999	1.194	1.200	1.260	1.353
Habitantes por Cama Hospitalar	310	308	311	316	537	542	524	496
La Paz								
Camas Hospitalares	3.397	3.660	3.609	3.590	2.892	3.001	3.021	3.021
Habitantes por Cama Hospitalar	774	730	752	768	968	946	954	967
Cochabamba								
Camas Hospitalares	2.953	2.985	3.018	3.117	2.213	2.187	2.192	2.245
Habitantes por Cama Hospitalar	566	573	579	573	824	851	867	863
Oruro								
Camas Hospitalares	641	657	710	710	457	457	457	461
Habitantes por Cama Hospitalar	676	665	621	625	979	986	994	993
Potosí								
Camas Hospitalares	852	852	885	897	576	576	592	592
Habitantes por Cama Hospitalar	902	907	877	870	1.362	1.369	1.341	1.350
Tarija								
Camas Hospitalares	845	824	799	797	554	556	560	565
Habitantes por Cama Hospitalar	543	572	606	624	920	939	955	968
Santa Cruz								
Camas Hospitalares	3.145	3.136	3.276	3.272	2.201	2.387	2.393	2.547
Habitantes por Cama Hospitalar	760	787	777	803	1.230	1.167	1.196	1.155
Beni								
Camas Hospitalares	552	558	555	555	378	378	378	399
Habitantes por Cama Hospitalar	737	743	761	775	1.158	1.178	1.198	1.154
Pando								
Camas Hospitalares	80	80	80	80	61	61	61	90
Habitantes por Cama Hospitalar	834	869	905	942	1.283	1.330	1.377	965

Fonte: Instituto Nacional de Estadística – Ministério de Saúde e Desporto. (INE.MINISTÉRIO DA SAÚDE E DO DESPORTO, 2014)

Diante das dificuldades, como forma de planejamento e melhoria na área de saúde, o governo boliviano, junto ao ministério da saúde, criou o “Plano de Desenvolvimento Setorial 2010-2020 – Para a saúde universal” (*Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 - Hacia la Salud Universal*). O objetivo geral deste plano é melhorar o estado de saúde de todos os bolivianos em seus diferentes ciclos de vida, mediante a implementação do Programa de Saúde Familiar Comunitária Intercultural (SAFCI) (*Salud Familiar Comunitaria Intercultural*) integral, participativo, intercultural, intersetorial e includente da medicina tradicional. Seus objetivos estratégicos são: acesso universal ao sistema SAFCI, gestão soberana à saúde, promoção da saúde e mobilização social (BOLÍVIA.CEBID, 2009).

No que se refere aos desafios e perspectivas do sistema de saúde, Ledo e Soria (2011) apontam em seu artigo sobre o sistema de saúde da Bolívia, diretrizes que consideram imprescindíveis para o melhoramento do sistema de saúde boliviano: (1) diminuir a atual exclusão de grande maioria da população do sistema de saúde; (2) enfrentar os problemas de governança do Ministério de Saúde e Desporto Boliviano (MSD) e sua incapacidade para regular os aspectos sanitários e financeiros em cada um de seus subsistemas; (3) a gestão de recursos humanos, visando adequar, por exemplo, o número de médicos por número de habitantes; (4) diversidade cultural, a fim de construir um verdadeiro modelo de atenção intercultural no país; (5) fortalecimento dos sistemas de informação; e (6) investimentos em Ciência, tecnologia e inovação, propiciando um verdadeiro sistema de investigação em saúde.

Apresentados os dois sistemas de saúde, as diferenças, especialmente decorrentes da questão temporal de existência dos serviços, tornam-se evidentes. É

nesta temática que apresenta-se a seguir, com base na comparação dos sistemas de saúde, analisaremos os dados estatísticos de saúde do Brasil e da Bolívia. Sendo esta comparação usada como base para a análise dos resultados da implementação dos dois sistemas universais nestes países e seus resultados reflexos.

BRASIL E BOLÍVIA EM NÚMEROS DE SAÚDE: DISPARIDADES NA CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE DOS DOIS PAÍSES.

É crescente o interesse por estudos e análises comparativas de sistemas de saúde, sendo estes o resultado de uma interação entre elementos históricos, políticos, econômicos e culturais de cada sociedade em particular. Dessa forma conceituar sistemas de saúde compreende, análises de condições de vida e saúde de determinada sociedade (NIGRO; FORTES, 2014).

Conill (2011), ao propor cuidados específicos na metodologia de comparação de sistemas de saúde, preconiza a necessidade de realização de um recorte da análise e/ou comparação, sem deixar de situar o sistema de saúde em um sistema social mais amplo. A definição prévia dos indicadores, fontes e coletas de dados se mostrando fundamental a qualidade da análise, bem como indicando a importância de uma boa metodologia qualitativa de análise paralela. Deste modo, ainda que já tenha se discutido exaustivamente os sistemas de saúde do Brasil e da Bolívia, decidiu-se pela breve explanação do contexto em que se inserem os dois países, seguido da apresentação de indicadores sociais básicos que serão utilizados na comparação dos resultados.

Assim sendo, a Bolívia, situada na região central da América do Sul é dividida em 9 departamentos e 337 municípios. Sua população estimada em 2012 para de 10,5 milhões de pessoas - sendo aproximadamente 34% rural, e expectativa de vida ao nascer de 63 anos em 2011. Enquanto isto, o Brasil, dividido em 26 Estados e o Distrito Federal, em cinco regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), é o quinto país mais populoso, em 2012 tinha uma população de 198,7 milhões de habitantes e também o quinto maior país em área de extensão. Tendo como expectativa de vida de sua população ao nascerem 73 anos. Seguindo na tabela abaixo, indicadores e dados referentes aos dois países.

Tabela 4: Lista comparativa de Indicadores Básicos entre Brasil e Bolívia.

	ANO	Brasil	Bolívia
População total (em milhões)	2012	198,7	10,5
Expectativa de vida no nascimento	2011	73	67
Mortalidade infantil (para cada 1.000 crianças nascidas vivas)	2012	13	33
Mortalidade neonatal (para cada 1.000 habitantes)	2012	9	19
Mortalidade Materna (para cada 100.000 partos)	2006-2011	75	310
Mortalidade em menores de 5 anos (para cada 1.000 nascidos vivos)	2012	14	41
Cobertura de vacinação de sarampo em crianças de 12 a 23 meses.	2012	99	84
Cobertura de vacinação DTP3 em crianças de 12 a 23 meses.	2012	94	80
Gasto total em saúde (público e privado) como percentagem do PIB	2012	5,8	9,3
Gasto público em saúde como percentual do gasto total em saúde	2012	46,4	71,8
Número de médicos (por 1.000 habitantes)	2007 - 2012	1,8	0,5
Número de enfermeiros e técnicos de enfermagem (por 1.000 habitantes)	2007 - 2012	6,4	1
Número de leitos hospitalares (por 1.000 habitantes)	2007 - 2012	2,3	1,1
Percentual de pessoas abaixo da linha e indigência (menos de U\$1,2 por dia)	2008 ¹⁴ e 2009	6,1	15,6
Percentual de pessoas abaixo da linha da pobreza (menos de U\$2,0 por dia)	2008 ¹⁵ e 2009	10,8	24,9

¹⁴ 2008 no caso boliviano e 2009 no caso brasileiro.

Percentual de crianças documentadas ao nascimento	2007 - 2012	93	76
Percentual da população com acesso à água potável	2011	97	88
Percentual da população com acesso à saneamento básico	2011	81	46

Fonte: World Development Indicators 2014 (BANCO MUNDIAL, 2014).

Quando se trata de determinantes e desigualdades em saúde a Bolívia possui um percentual de 24,9% das pessoas abaixo da linha de pobreza – vivendo com menos de U\$2,00 por dia; e, assustadoramente, um percentual 15,6% de pessoas abaixo da linha de indigência (com menos de U\$1.25 por dia). No caso do Brasil, o país possui 10,8% de pessoas abaixo da linha de pobreza e 6,1% de indigentes. Ou seja, a Bolívia conta com quase a quarta parte da sua população abaixo da linha da pobreza, enquanto o Brasil tem algo próximo da décima parte de sua população na mesma situação.

Em 2012, na Bolívia, a taxa de mortalidade infantil foi de 33 para cada 1.000 nascidos vivos. A taxa de mortalidade neonatal foi de 19 por 1.000 nascidos vivos e de mortalidade em menores de 5 anos foi de 41 para cada 1.000 nascidos vivos. Já no que se refere a mortalidade materna, no período de 2006 a 2011, os números atingiram 310 mortes para cada 100.000 partos. No Brasil percebem-se taxas muito inferiores. No mesmo período e para mesma quantidade de nascidos vivos e partos, a mortalidade infantil atingiu o número de 13, a mortalidade neonatal 9, e a mortalidade de menores de 5 anos 14. A mortalidade Materna também mostra um número bem menor, com 75 para cada 100.000 partos. Mais uma vez os dados deixam clara a disparidade entre os países, uma vez que todos os índices de mortalidade apresentados na Bolívia são significativamente maiores do que os apresentados no Brasil.

¹⁵ 2008 no caso boliviano e 2009 no caso brasileiro.

Quando trata-se de prevenção e imunização de crianças entre 12 e 23 meses de idade, em 2012, a Bolívia apresentou cobertura de vacinação de sarampo em torno de 84% e de DTP3 entorno de 80%. O Brasil apresenta índices bem maiores sob os mesmos critérios, com 99% de cobertura de vacinação de sarampo e 94% para DTP3.

No quesito de financiamento da saúde (pública e privada) em relação percentual ao PIB, em 2012, a Bolívia gastou 9,3% do PIB com saúde, destes, 71,8% provenientes de fundos públicos. No mesmo período, o Brasil gastou menos proporcionalmente ao PIB (5,8%) e menos deste financiamento foi proveniente de dinheiro público (46,4%). Entretanto, este dado pode conduzir o leitor a uma análise deturpada de que a Bolívia gasta mais com saúde do que o Brasil. Em termos absolutos, o Brasil, no mesmo período gastou, *per capita*, em saúde pública e privada, U\$1056,00, enquanto a Bolívia, na mesma situação, gastou U\$149,00 *per capita*. Em termos de Paridade de Poder de Compra (PPP), *per capita*, a diferença é um pouco menor, tendo o Brasil gasto U\$1109,00 e a Bolívia U\$305,00.

Quanto aos profissionais médicos do sistema de saúde e proteção, no período de 2007 a 2012, o número de médicos por 1.000 habitantes na Bolívia é de 0,5; o número de enfermeiros e técnicos de enfermagem 1 e o número de leitos hospitalares 1,1. No Brasil, na mesma situação, o número de médicos é de 1,8; o de enfermeiras e técnicos 6,2 e o número de leitos hospitalares 2,3; sendo a cobertura profissional brasileira consideravelmente maior do que a boliviana.

Outro dado alarmante se dá na documentação de crianças nascidas. Na Bolívia, no período de 2007 a 2012, o número de crianças documentadas ao

nascimento atingiu 76%, ou seja, para cada 100 crianças nascidas, 24 sequer chegam a ser registradas. Número um tanto distante do encontrado no Brasil (93%) nas mesmas condições. Ou seja, é possível que uma grande leva de imigrantes bolivianos ilegais no exterior sejam “inexistentes” também em território boliviano.

No que se refere à infraestrutura, outro dado também alarmante, em 2011, na Bolívia, o percentual da população com acesso à água potável era de 88% e no Brasil 97%. Por outro lado, somente 46% da população boliviana tinha acesso a saneamento básico, número muito menor do que, o já problemático, percentual de 81% no Brasil.

Deste modo, como se pode observar, seja em termos de financiamento, de estrutura ou de cobertura, a distância que separa o sistema de saúde brasileiro e boliviano é evidente. Ao lado do destaque que o Brasil possui um sistema de saúde público e universal há mais de duas décadas, o sistema boliviano é recente e ainda em via de se estruturar. Fica nítido, seja pelo percentual de crianças não registradas, seja pelos alarmantes índices apresentados, ou seja, pela fatia representativa da população sem acesso a serviços básicos de saúde, que ainda há muito o que se fazer para uma realidade minimamente aceitável na Bolívia, o que, dada a disparidade entre sistemas, pode demorar anos para que a Bolívia chegue ao nível atual do Brasil, o que, convenhamos, não é padrão de referência alguma.

Lá, o Estado tem uma dívida social sanitária acumulada desde os tempos da colonização e um antigo sistema de saúde onde 30% da população não tinha acesso aos seus serviços. Sendo assim, ainda que a Bolívia venha avançando

consideravelmente no que se referem às políticas públicas, fatores históricos tem fortes reflexos nos números de saúde.

Sobre os avanços mencionados acima, é importante destacar o esforço do governo boliviano em sanar problemas históricos no país. Nos últimos anos a Bolívia vem mantendo certo grau de estabilidade social e econômica, estabilidade política após a reforma feita por Evo; e, desde 2006, houve um consequente fortalecimento do estado na economia e na implementação de vários projetos sociais.

Com o alívio da dívida externa pública que caiu de 94% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2003 para menos de 40% em 2013, o bom contexto econômico permitiu que a pobreza moderada fosse reduzida de 63% em 2002 a 45% em 2011, e o índice GINI de desigualdade caiu de 0.60 a 0.46 neste mesmo período. Entretanto, como dito anteriormente, mesmo com tais avanços, a Bolívia ainda enfrenta grandes desafios, onde, por exemplo, a pobreza moderada afeta 45% da população e a desigualdade de renda segue elevada (BM,2014).

De todo modo, é fundamental destacar que a Bolívia é um país imerso em um processo de transição político, social e econômico, iniciado em 2006. Entre as expectativas de saúde é destaque o compromisso em estabelecer um Sistema de saúde unificado com cobertura universal de atenção preventiva e curativa para a população, o que, mais dia menos dia, vai afetar os resultados observados agora.

6. LEGISLAÇÃO DO IMIGRANTE NO BRASIL

No Brasil, a atual política migratória é orientada pela Lei nº 6.815 que foi promulgada em 19 de agosto de 1980 (e seus parágrafos, acrescentados pela Lei

n.º 6.964, de 9 de dezembro de 1981), durante o governo do presidente João Batista Figueiredo, em período próximo ao fim da ditadura militar. Tal lei, conhecida como “Estatuto do estrangeiro” regula a situação jurídica, entrada e saída de estrangeiros no território brasileiro, bem como os direitos e obrigações do imigrante no Brasil; e cria o Conselho Nacional de Imigração.

O estatuto do estrangeiro em seu artigo 1º afirma que “Em tempo de paz, qualquer estrangeiro poderá, satisfeitas as condições desta Lei, entrar e permanecer no Brasil e dele sair, resguardados os interesses nacionais.”, estando este direito condicionado a “segurança nacional, à organização institucional, aos interesses políticos, socioeconômicos e culturais do Brasil, bem como à defesa do trabalhador nacional.”, como consta em seu artigo 2º. Desta forma, ainda que o primeiro artigo garanta o direito de acesso ao país, o segundo permite, ao Estado, definir restrições contra estrangeiros que possam representar ameaça ou perigo para saúde, vida, honra e segurança nacional e de suas instituições. Deste modo, a lei dispõe de termos como admissão de estrangeiros e suas condições de entrada e saída; e tipos de vistos, como: transitório, temporário, permanente, cortesia, oficial e diplomático; naturalização; expulsão, deportação e extradição. A lei, em seu art. 16º, dispõe:

Parágrafo único - A imigração objetivará, primordialmente, propiciar mão-de-obra especializada aos vários setores da economia nacional, visando à Política Nacional de Desenvolvimento em todos os aspectos e, em especial, ao aumento da produtividade, à assimilação de tecnologia e à captação de recursos para setores específicos. (Brasil, Lei nº 6.815; 1980.)

Assim, a política migratória brasileira é diretamente relacionada ao mercado de trabalho, ou seja, momentos de crescimento econômico implicam num maior fluxo de migrantes em busca de ocupar espaços profissionais. Entretanto, a política de vistos permanentes no Brasil costuma privilegiar mão de obra qualificada, potencializando, com isto, um grande fluxo de imigrantes indocumentados em busca de trabalhos que exijam pouca, ou nenhuma, qualificação formal. Além disto, a política de visto adotada no Brasil, além do favorecimento a trabalhadores com mão de obra qualificada, empenha-se também na negação de vistos àqueles que configurem substituição da mão de obra nacional, decisão esta que mostra o poder discriminatório das autoridades brasileiras (BATISTA; PARREIRA, 2014).

No que se refere aos direitos e deveres dos estrangeiros, o art. 95º da referida lei, dispõe que “o estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis.” Seu art. nº 134 apresentava a possibilidade de um registro provisório aos estrangeiros, com validade de dois anos, no qual se garantiam direito ao exercício de atividade remunerada e de livre locomoção no território nacional, configurando-se num primeiro processo de anistia migratória no país. Entretanto, o excesso de burocracia tão comum ao Regime Político vigente na época, aliado a uma seleção rigorosa – e truculenta - por parte dos agentes da polícia federal – acrescidos de uma precária divulgação e esclarecimento público – acarretou num pequeno fluxo de regulamentação de imigrantes no país¹⁶. Para Barreto (2001) “trata-se de lei elaborada sob o regime de exceção, que carece de

¹⁶ Ao fim da vigência de dois anos da referida lei, promulgou-se a Lei nº 7,180 de 20 de dezembro de 1983, que dispunha sobre a permanência dos estrangeiros em situação provisória no país.

instrumentos mais ágeis e simplificados para a condução da política migratória, que tem como sua principal característica o dinamismo” (p. 66).

Há atualmente em trâmite, no congresso nacional, um projeto de lei, em regime de prioridade (PL5655/09), que visa substituir o Estatuto do Estrangeiro (Lei 6.815/80) por um instrumento mais adequado à dinâmica migratória em um contexto globalizado. Tais alterações são necessárias, uma vez que, ao ser promulgado em um regime de exceção, a legislação vigente traz consigo a percepção de que a migração é meramente considerada uma questão de segurança nacional.

Entre as principais inovações do Projeto de Lei, destaca-se a necessidade de autorização para estrangeiros em áreas estratégicas, como a Amazônia legal e regiões indígenas, além da proibição de estrangeiros enquanto proprietários de empresas de vigilância, assim como a proibição da posse de terras em áreas de fronteiras – além disto, continuariam os estrangeiros proibidos de votar e de possuir empresas de radiotelecomunicação.

Ainda dentre as inovações, outro ponto importante, é o qual destaca que não se pode aplicar extradição discriminatória por raça, sexo, religião, nacionalidade, opinião política, orientação sexual, ou que esses motivos sirvam para agravar sua situação (PL 5655/09), garantindo aos estrangeiros o direito a livre opinião, credo, orientação sexual etc. tal qual um cidadão brasileiro. No entanto, a PL 5.655/09 sofre duras críticas, para Ventura e Illes (2010) “ainda que contenham alguns avanços, como a supressão da referencia a “segurança nacional” impressionam o viés burocrático como o ranço autoritário da PL nº5.655/09”.

Num contexto histórico, ao longo dos anos, o governo brasileiro já concedeu quatro anistias aos estrangeiros que se encontravam em situação irregular no Brasil – 1981, 1988, 1998 e 2009 (BATISTA; PARREIRA, 2014). A primeira delas, conforme dito anteriormente, foi regulamentada por meio do artigo nº 134 do estatuto do estrangeiro.

Dados da Polícia Federal apontavam que, em 1987, haviam 960 mil estrangeiros no Brasil, diante disto, sendo em 1988 concedida a segunda anistia ao migrante no país. Esta que permitiu a regularização de 39 mil estrangeiros. Passados nove anos, em 1996, um recadastramento com estrangeiros em situação regular feito pela polícia federal verificou que na realidade haviam 980 mil estrangeiros no país, assim, em 1998, houve reedição do processo de anistia e durante o prazo de 90 dias um total de 40 mil estrangeiros foram beneficiados recebendo um registro provisório com validade de dois anos, seguido de uma prorrogação de mesmo tempo e por fim o visto permanente. Os principais contemplados neste processo foram: Bolivianos (14.006); Chineses (9.940) e Libaneses (3.091) (BARRETO, 2001).

A última anistia foi concedida em 2009, no Governo Lula (2003 – 2010), através da Lei nº 11.961 de 2 de julho de 2009 que dispõe sobre a residência provisória do estrangeiro em situação irregular no território nacional e dá outras providencias. Em seu artigo 1º a lei dita que “Poderá requerer residência provisória o estrangeiro que, tendo ingressado no território nacional até 1º de fevereiro de 2009, nele permaneça em situação migratória irregular”.

Para tal concessão a lei considera “situação migratória irregular” o estrangeiro que: tenha ingressado clandestinamente no território nacional; aquele que

admitido regularmente, encontre-se com prazo vencido; ou que beneficiado pela lei de anistia de 1998, não tenha completado os trâmites necessários à obtenção de residência permanente. A lei também determina que o estrangeiro beneficiado é assegurado pelos mesmos direitos da constituição, com exceção daqueles reservados exclusivamente aos brasileiros. Para tal benefício, o estrangeiro deveria apresentar num prazo de 180 dias documentos como: comprovantes de taxa de registro e taxa de expedição de Carteira de Identidade de Estrangeiro; bem como, declaração de que não responde a processo criminal ou foi condenado criminalmente, no Brasil e no exterior; e comprovante de entrada no Brasil.

Após concessão do registro provisório e expedição de carteira de Identidade Estrangeira com validade de dois anos, o estrangeiro poderia transformar-se em permanente devendo comprovar: exercício de profissão ou emprego lícito ou propriedade de bens suficientes a sua manutenção e de sua família; inexistência de débitos fiscais e antecedentes criminais no Brasil e exterior; assim como não ter se ausentado do território nacional por mais de 90 dias no período de residência provisória. Sendo a residência provisória ou permanente, é declarada nula se, a qualquer tempo, verificar-se falsidade das informações (Lei nº 11.961, de 2 de julho de 2009).

Segundo Ministério da justiça, a Lei de anistia de 2009 beneficiou cerca de 43 mil estrangeiros em situação irregular, confirmando expectativa oficial. Os Bolivianos foram, mais uma vez, os maiores beneficiados com cerca de 17 mil inscritos sendo 16,3 só no estado de São Paulo (Ministério da Justiça, 2010).

Porém, como apresentado anteriormente, a obtenção do visto de permanência exige muitos pré-requisitos, tais como a comprovação de profissão ou emprego lícito – o que é muito difícil, visto que, como também discutido anteriormente, imigrantes em situação irregular tendem a se alocar em empregos com baixa exigência profissional, o que, naturalmente, ocorre muitas vezes de maneira informal. Além disto, a dificuldade com o idioma (WALDMAN, 2011), a falta de informação dos órgãos responsáveis e o custo alto da documentação (e possível necessidade de advogados) encarecem e dificultam o processo de regulamentação de migrantes irregulares.

Também em análise na Câmara dos Deputados, há um Projeto de Lei 6300/13, do deputado Junji Abe, que visa autorizar uma nova anistia para estrangeiros em situação irregular no Brasil, desde que estes tenham entrado no País até o dia 30 de junho de 2013, sendo permitido a eles requerer o registro provisório. O projeto beneficia estrangeiros que entraram clandestinamente em território nacional e os que entraram legalmente, mas que encontram-se com o prazo de estada vencido. Já no caso específico da Bolívia, com o propósito de discussão da anistia de imigrantes bolivianos no Brasil, foi firmado, em 2005, o Acordo Bilateral Brasil-Bolívia com o propósito de regularizar a situação migratória em ambos os países, onde no Brasil 18 mil bolivianos alcançaram situação regular e na Bolívia cerca de 650 brasileiros (VILLALOBOS, 2009).

Tratando especificamente da saúde do imigrante no Brasil, conforme artigo nº 196 da CF-88, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença

e de outros tipos de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Desta forma que é garantida a todos – independente de raça, idade, religião, cor, origem ou nacionalidade - o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis de assistência – direito este, ao menos na legislação, garantido a qualquer pessoa, mesmo sem portar qualquer documento como RG, CPF, RNE, Cartão SUS entre outras. Entretanto, na prática, muitas vezes exigidos por falta de preparo e informação dos profissionais (PUCCINI, 2013).

O acesso da comunidade migrante ao SUS torna-se um desafio quando existem barreiras como o desconhecimento da legislação específica brasileira para o estrangeiro, das dificuldades de linguagem, diferenças culturais e modelos de saúde (AGUIAR, 2013) de cada nacionalidade. Deste modo, diante de um contexto de fluxo constante de pessoas, mercadorias e informações, faz-se necessário uma adequação das práticas de saúde voltadas para o imigrante, com foco na garantia do direito ao acesso universal à saúde; este tão necessário em um mundo globalizado.

7. MIGRAÇÃO, SAÚDE E O CASO DOS IMIGRANTES BOLIVIANOS

Não seria errôneo afirmar que a migração é inerente ao humano. De fato, a humanidade se caracteriza grandemente por buscar alterar as condições de vida, dar outro sentido às suas trajetórias ou, apenas, responder a uma curiosidade sobre o que há além do próprio lugar de origem. Conhecer outros mundos, descobrir novas coisas, vivenciar novas aventuras: a constituição de “eu” passa pela experiência de um “outro” (WEINTRAUB; TITANEGRO; VASCONCELLOS, 2013, p. 87).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) diz que a migração é um direito de todos, quando em seu artigo 13º se estabelece que “Todo

ser humano tem direito à liberdade de locomoção e residência dentro das fronteiras de cada Estado. Todo ser humano tem o direito de deixar qualquer país, inclusive o próprio, e a este regressar” (ONU, 1948). Como dito no anteriormente, atualmente, a migração internacional é considerada um desafio, sendo de extrema necessidade a compreensão dos movimentos das populações e seus impactos querem nos países de acolhimento, trânsito e origem, ou para as populações migrantes e autóctones (CARBALLO E NERUKAR, 2001).

As migrações sempre foram tidas como fator determinante à história da humanidade e na constituição das nações, porém as motivações e necessidades deste processo vêm sofrendo alterações devido às rápidas mudanças ambientais, demográficas, socioeconômicas e políticas (LEVITT; JAWORSKY, 2007). Baseado em dados coletados mais fortemente entre 1971 e 1991, J. Aagaard-Hansen et al. (2010), propôs uma tipologia dos principais tipos de movimentos populacionais, baseado em suas causas e motivações, destacando a complexidade dos movimentos migratórios. Os autores afirmam que as migrações poderiam ser lentas ou rápidas; de causas naturais humanas ou razões política; de motivações laborais, unificação familiar, reestabelecimento – urbanização; pastoral; comércio; turismo; refúgio – guerras ou desastres. Os fluxos migratórios variaram segundo conjunturas políticas e econômicas. Sendo assim, não possuíam comportamento linear, sendo naturalmente, o movimento populacional, condicionado a outros processos concomitantes (CASTRO, 2001).

Num contexto atual, os analistas apontam “uma maior intensificação do fluxo, quer pelas mudanças no mundo do trabalho, quer pela circulação do capital e

aumento das desigualdades sociais; e entre nações” (CASTRO, 2001, p. 20). O número de migrantes no mundo vem aumentando de maneira considerável. Estimava-se que em 2005, 191 milhões indivíduos estariam vivendo fora do seu país de origem (DAES, 2009), passando para 214 milhões de migrantes internacionais em 2010 (OIM, 2010).

O Brasil, herdeiro de um passado colonial de origem europeia, recebeu grande quantidade de pessoas entre o século XIX e parte do século XX, quando foram adotadas políticas de estímulo à imigração em massa. Após a Segunda Guerra Mundial, a América Latina passou a receber a última grande leva de imigrantes europeus, tendo como principais destinos a Argentina, o Brasil e Venezuela (LATTES, A; LATTES, Z., 1996).

Segundo o Censo Demográfico 2010 - pelo critério de data-fixa -, atualmente no Brasil vivem 268,4 mil imigrantes internacionais; e os principais países de origem dos imigrantes são: Estados Unidos, Japão, Paraguai, Portugal e Bolívia; sendo o estado de São Paulo o principal destino destes imigrantes com participação de 30,4% do total de imigrantes no país. (IBGE, 2010).

Mesmo diante das melhores condições, a migração em si já é um processo impactante e muitas vezes traumatizante, que pode colocar em risco a saúde do migrante. O processo leva a um afastamento dos valores tradicionais, sendo o indivíduo colocado em novas situações sociais e culturais, onde boas condições trabalho e segurança jurídica podem ser mínimas.

No que se referem à saúde, barreiras sociais de exclusão e de linguagem só dificultam o acesso aos serviços, tornando os riscos à saúde ainda maiores; gerando problemas físicos, psicológicos e sociais, que se associam a riscos inerentes ao próprio indivíduo e o país de origem (CARBALLO e NERUKA, 2001).

O movimento das populações e sua interação com a saúde é influenciado pelo contexto socioeconômico e cultural dos imigrantes, sua história de saúde anterior e a natureza - e qualidade - dos cuidados de saúde que tinham antes de migrar (WOLFFERS et al., 2003). Investigações e indicadores aponta que o migrante apresenta maior vulnerabilidade a doenças e outros problemas de saúde (CARBALLO et al., 1998) sendo influenciados pelo tipo de trabalho que realizam, as condições físicas e de habitação, o acesso que têm a saúde e serviços sociais (CARBALLO, 2005).

Em geral os imigrantes apresentam piores condições de vida do que a população autóctone, pois tendem a concentrar-se por origem étnica, em bairros e zonas degradadas, com pouco acesso a serviços sociais e de saúde, em habitações deficientes, aglomerados e sem infraestrutura básica (WOLFFERS et al., 2003). O contexto de pobreza está presente em seus vários aspectos: dieta insuficiente, a promiscuidade nas habitações insalubres, a violência, a desintegração das famílias, a baixa escolaridade, o trabalho em condições desumanas (CARBONE, 2000)

Embora tenham direitos aos mesmos serviços de saúde que a população em geral, a falta de informação e de conhecimentos da legislação e dos direitos por parte da população migrante levam estes a, na prática, ter acesso restrito à saúde pública. Tal restrição se dá, em especial, por conta de barreiras como a dificuldade

com a linguagem e a falta de um maior conhecimento das legislações por parte dos profissionais prestadores de serviços de saúde pública brasileiros. Resultando, em boa parte dos casos, numa menor adoção de medidas de saúde preventiva, de modo que tais pacientes só costumam recorrer aos médicos e hospitais apenas em casos de emergência ou estado avançado de doença, o que se mostra um fator agravante da condição destes pacientes, já que boa parte das doenças graves a que estão expostos (doenças infecciosas como a Tuberculose, Hepatite B e c, e o HIV) poderiam ser prevenidas e tratadas (RAMOS, 2012; FIGUEROA MUNOZ E RAMONPARDO, 2008).

Além disto, a combinação de uma política que privilegia a concessão de vistos baseados na capacidade de atuação profissional do estrangeiro, a evidente dificuldade em conseguir regulamentação por meio da legislação que exige documentos e valores não acessíveis ao estrangeiro irregular, e a notória disparidade entre a qualificação de mão de obra específica em decorrência do atual estágio de desenvolvimento social da Bolívia compõem uma fórmula ideal para subcontratação de imigrantes bolivianos no Brasil.

Ou seja, vindos de uma realidade de poucos privilégios, sem acesso à documentação necessária ao visto (muitas vezes também em situação irregular na Bolívia) e interessados em trabalhar no Brasil constituem-se numa combinação que não possibilita ao imigrante boliviano, alternativa que não se submeter a trabalhos degradantes.

Outrossim, tratando diretamente da saúde e do caso boliviano, é preciso destacar, conforme dito anteriormente, que grande parte da população daquele país –

especialmente os que fizeram antes das mudanças na saúde boliviana - migrou ao Brasil sem nunca ter tido acesso a qualquer sistema de atenção básica ou cobertura de saúde. Tratam-se de jovens, vivendo em situação insalubre no Brasil, e sem acesso a qualquer cobertura de saúde durante toda sua vida. De tal maneira, se faz necessário ao caso específico deste estudo, explorar o processo de migração de pacientes expostos à doenças transmissíveis, oriundos de sistemas de saúde cujo acesso é restrito e cuja situação de migração se caracteriza como condição de vulnerabilidade. Neste caso específico, trata-se da migração de infectados com tuberculose.

Apesar da natural diminuição de casos e óbitos anuais causados pela TB na maioria dos países industrializados ter ocorrido ao longo do século XX, em especial até a década de 1980, o número recente de migrantes internacionais oriundos de países com altas prevalências de TB vem paulatinamente forçando a necessidade de revisão das políticas de controle da doença em países desenvolvidos. De tal forma que, atualmente, a proporção de imigrantes entre as pessoas relatadas como tendo TB é superior a 50% em vários países europeus, incluindo Dinamarca, Holanda, Noruega Suécia e Suíça (LILLEBAEK, 2002). Números estes que podem ser agravados com o aumento da migração, em especial quando se tratando da imigração ilegal, sendo a TB é um exemplo consagrado da determinação social, onde pessoas com baixa renda, dieta insuficiente, o trabalho em condições desumanas, vivendo em aglomerados e em condições precárias de habitação tornam-se mais vulneráveis a adoecer e morrer por causa desta doença (CARBONE, 2000).

Estudos como os de Nkulu (2010) e Cowie (1998) têm demonstrado que o maior risco de tuberculose ocorre durante os primeiros anos após a migração, no entanto, em certos grupos de imigrantes, o risco pode permanecer elevado por muitos anos pós-migração, já que este pode persistir em situação de risco caso o imigrante frequentemente consiga viajar de volta para um país de alta prevalência de TB (FARAH et al., 2005). Dessa forma, as estratégias de controle e eliminação em países com altos índices de migração também passam pela diminuição de incidência e prevalência da infecção latente para reduzir o conjunto da TB (LILLEBAEK et al., 2002). Diante disto, populações migrantes, especialmente em países com baixa incidência de TB, necessitam de intervenções adicionais, tais como triagem na chegada, educação e vigilância, além de um maior monitoramento das fronteiras com aumento da conscientização sobre os riscos da TB e suas fontes. Além disto, se mostra necessário uma maior interação entre as estratégias dos Programas Nacionais de Controles da Tuberculose. (FIGUEROA-MUNOZ E RAMON-PARDO, 2008).

Especificamente sobre a América Latina, movimentos migratórios têm sido uma constante ao longo da história, muito embora desde os anos 30 a maioria dos países da região tenha mantido políticas migratórias protecionistas que se modificaram nos anos 90 quando a ideia de desenvolvimento e da integração passa a ganhar espaço na América latina. (MARMORA, L., 1994 apud DA SILVA, 1995).

Os fluxos migratórios se intensificam a partir do processo de industrialização, onde países como Brasil e Venezuela tornam-se destino de muitos migrantes oriundos de países cuja economia caracterizam-se pelo poder primário exportador (DA SILVA, 1995).

Especificamente sobre a capital Paulista, atualmente há uma concentração de imigrantes Latino-americanos residentes, com destaque para a comunidade boliviana. Em 2010, a Região Metropolitana de São Paulo – RMSP – já abrigava 44% da população boliviana residente no país, onde só o município de São Paulo representava 38% do total dos imigrantes oriundos da Bolívia; bairros centrais e históricos como Bom Retiro, Pari, Belém e Brás se mostravam relevantes polos residenciais destes imigrantes na RMSP (IBGE, 2010).

Conforme massivamente explorado durante este trabalho, a Bolívia é um país que passa por fragilidade econômica, aproximadamente 25% da população vive com menos de U\$2,00 por dia. Sendo, por isto, a busca por melhores condições financeiras um fator preponderante para a emigração dos bolivianos para São Paulo. Estes, em sua maioria, oriundos do Estado de La Paz, seguidos por de Cochabamba, Oruro, Santa Cruz, Tarija, Beni etc (DA SILVA, 1997).

A presença de bolivianos na cidade de São Paulo dá-se de início na década de 50, com a vinda de estudantes que, estimulados pelo programa de intercâmbio cultural Brasil-Bolívia, acabaram optando pela permanência na cidade. Diferentemente de outrora, hoje, São Paulo tornou-se destino de imigrantes bolivianos na busca de mobilidade social. Grande parte destes imigrantes veio não por uma simples escolha, mas atraídos por promessas de bons salários feitas por empregadores coreanos, bolivianos e brasileiros - majoritariamente relacionados com a indústria da confecção; conseqüentemente, o perfil médio do imigrante boliviano se caracteriza por: jovens, de ambos os sexos, solteiros e de escolaridade média. (SILVA, 1997).

Conforme dito anteriormente, trata-se de uma fórmula que dificilmente irá proporcionar, aos bolivianos, trabalhos que não em situações de insalubridade. Ainda que leis como a Lei da Anistia Migratória (BRASIL.CONGRESSO, 2009) e o Decreto nº 6.975¹⁷ tenham resultado, segundo o BRASIL, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (2011), no aumento de 35.092 para 50.640 bolivianos regulares no Brasil - no período entre dezembro de 2010 a junho de 2011, conforme discutido anteriormente, as exigências de exercício de profissão ou emprego lícito, ou a propriedade de bens suficientes à manutenção própria e da sua família, em ambas as leis, pode ter dificultado – ou impossibilitado - este processo de regularização para grande parte dos imigrantes; visto que, em relação à RMSP, o aumento da imigração boliviana está fortemente ligado ao desenvolvimento de um setor específico da economia, o crescimento da indústria de confecção e vestuário, que se caracterizou pela absorção de mão de obra barata e com baixa, ou nenhuma, qualificação (SOUCHAUD, 2010).

Após a emigração, a expectativa de melhores condições logo se transforma em frustração e humilhação para estes imigrantes; suas condições de trabalho - em geral nas confecções - quase sempre são ruins, com carga horária que pode ultrapassar doze horas diárias, péssimas condições de habitação, de trabalho, salário insuficiente para cobrir gastos com alimentação e moradia (MELO; CAMPINAS, 2010), além do processo de exclusão involuntária do convívio social (DA SILVA, 2006).

¹⁷ Decreto nº 6.975, de 7 de outubro de 2009, o Acordo Sobre Residência Para Nacionais Dos Estados Partes Do Mercado Comum Do Sul – Mercosul, Bolívia e Chile, objetivando a possibilidade de requerimento de visto em país distinto ao de sua nacionalidade, ou residência - por parte dos cidadãos do Mercosul, Bolívia e Chile -, caso este já esteja neste país, ainda que irregular.

Desta forma, ao fim do processo migratório por parte do migrante boliviano, tem-se uma combinação de fatores que aparentam propiciar uma maior incidência de tuberculose nesta comunidade. Fatores tais como: (a) condição socioeconômica do país de origem: migração de indivíduos oriundos de um país hiperendêmico em TB e com pouca possibilidade de mobilidade social; (b) ausência de controle de enfermidades pregressas: existência de uma cultura pregressa de “não saúde”, uma vez que grande parte dos bolivianos nunca teve cobertura e acesso a serviços de saúde (não tendo, conseqüentemente, diagnósticos anteriores¹⁸), aliado a prática de medicina tradicional indígena e nações camponesas; (c) migração laboral com caráter exploratório: onde condições de trabalho e moradia decorrentes do processo de contratação para subempregos potencializam a transmissão da TB interbolivianos; (d) exclusão involuntária do convívio social: isolando os bolivianos em comunidades homogêneas que praticamente convivem juntas por todo o tempo; (e) manutenção de sistemas de saúde nacionais independentes, que não dialogam entre si: não havendo políticas conjuntas de combate a endemias ou controle de fluxo migratório de doentes, tornado, muitas vezes, inócua a ação de combate a endemias em territórios nacionais sem controle da mesma endemia em territórios vizinhos; e (f) fragilidade do sistema nacional de vigilância epidemiológica na Bolívia: acarretando em baixo percentual de diagnósticos de novos casos de tuberculose e permitindo a migração de doentes.

¹⁸ Especialmente em casos de TB Primária e casos de TB Latente.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fortes correntes migratórias internacionais nos tempos de globalização trouxeram grandes transformações econômicas, sociais, políticas, demográficas e culturais. A nova dinâmica populacional quebra a fronteira entre os povos e doenças, e, neste sentido, a saúde passa ter um papel global que envolve mais de um país deixando de lado suas individualidades.

A OMS como agência especializada e responsável pela liderança e coordenação das ações em saúde, tem como objetivo a melhora da saúde global e é nesta premissa que incorpora à sua agenda metas de reduzir a pobreza, promoção de sistemas de saúde equitativo, universal e estratégia de controle de doenças.

A construção deste trabalho passou, quase que em sua totalidade, pela necessidade de compreender a dinâmica deste mundo em constante ebulição. Entender os pormenores que caracterizam a, na prática, ausência de fronteiras, o encurtamento das distâncias físicas e o comportamento dos sistemas de saúde neste contexto.

Debruçada especificamente sobre o caso de imigrantes bolivianos no MSP, tentou-se a construção de um arcabouço teórico que pudesse dar conta de traçar um mapeamento dos dois sistemas únicos de saúde. Buscando, com isto, sempre que possível, trazer para o diálogo central a necessidade de entender e tuberculose sob o contexto de vulnerabilidade do migrante e, especialmente, como algo que é correlato aos dois sistemas de saúde, e não tratado como uma endemia unilateral. Ou seja, demonstrar que não é possível, hoje, pensar em saúde nacional de forma descontextualizada da saúde global.

Neste sentido, a grande contribuição deste trabalho, parece ter sido poder se debruçar sobre o caso da TB em imigrantes bolivianos no MSP sem a preocupação com o sujeito de forma isolada, e tampouco sem a preocupação única de compreender o Problema baseado em informações descontextualizadas. Trabalhou-se, neste caso, focado no processo que o determina e não na consequência dele. Ou seja, a ideia de que compreender os sistemas de saúde, especialmente no que se refere ao direito a eles, permite que se observe o modo como o cidadão de cada um dos países constrói sua noção particular de saúde pública.

Sendo assim, foi bem claro, que, historicamente, no sistema de saúde boliviano, existe uma relação entre acesso à saúde e possibilidade de custeio dela. Fato este somado a total ausência de cobertura de saúde para parte significativa da população, pode fazer com que um grande contingente de bolivianos nunca tenha tido sequer acesso a cuidados primários de saúde. Deste modo, é preciso levar em conta que nem sempre as práticas de saúde façam parte da rotina destes indivíduos. Some-se isto ao grave problema de saneamento existente na Bolívia e existe a possibilidade de que, nem mesmo, os cuidados mais básicos de saúde sejam garantidos. Ou seja, é preciso, antes de qualquer coisa, entender a lógica que perpassa a compreensão deste sujeito sobre saúde, acesso, direito, higiene etc., de modo a evitar tratá-lo sob a ótica de um doente que precisa ser adaptado a uma perspectiva nossa. Desta forma, ao fim do trabalho, parece evidente que não é possível tratar paciente e a doença deixando de lado o contexto que o envolve.

Ainda sobre o migrante, pareceu evidenciado neste trabalho, que, especialmente em situações de migração laboral exploratória, o contexto de

vulnerabilidade do migrante fica mais intensificado – reforçando o conceito que classifica população migrante como de risco.

Numa autorreflexão, decorrente da conclusão desta pesquisa, pareceu-me claro que é preciso brigar por sistemas de acesso universal de qualidade e equidade em todo mundo. Além da questão da fronteira como porta de descontrole de doenças nos países, o acesso universal de qualidade e equidade me parece condição clara para o desenvolvimento dos países. Uma vez que me parece clara a relação direta entre bons serviços de saúde e desenvolvimento.

Por fim, este trabalho me permitiu conhecer a realidade do imigrante boliviano sob uma perspectiva que não havia imaginado, permitindo-me elucubrar sobre os desdobramentos que pretendo em pesquisas futuras.

9. REFERÊNCIAS

Aagaard-Hansen J, Nombela N, Alvar J. Population movement: a key factor in the epidemiology of neglected tropical diseases. *Tropical Medicine e International Health*. 2010; 15:1281-1288.

Aguiar ME. Tecnologias e cuidado em saúde: a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o caso do imigrante boliviano e coreano no bairro do Bom Retiro-SP. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2013

Banco Mundial, The World Development Indicators, [base de dados na internet]. Washington, DC; Update Abr 2014; acesso em 4 de maio de 2014. Disponível em: [Http://datos.bancomundial.org/indicador?display=default](http://datos.bancomundial.org/indicador?display=default)

Barreto LPTF. Considerações sobre a imigração no Brasil contemporâneo. In: CNPD Migrações Internacionais/ Contribuições para Políticas. Brasília: Governo Federal; 2001. 63-71.

Bates I, Fenton C, Gruber J, Lalloo D, Lara AM, Squire SB, Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part I: determinants operating at individual and household level. *Lancet Infect Dis.*, Londres. 2004; 4(5): 267-277.

Batista VO, Parreira CG. As Normas Nacionais e Internacionais Sobre Imigração na América do Sul e Sua Repercussão nos Fluxos Migratórios Regionais. *Rev de Direito Brasileira*. 2014; 5(3):375-394.

Berlinguer G. Globalização e saúde global. *Estudos avançados*. 1999; 13(35):21-38

Bertolozzi MR, Bógus CM, Sarcardo DP. Saúde internacional e sistemas comparados de saúde pública. In: *Saúde Pública: Bases Conceituais*. São Paulo: Atheneu 2008. p 253-268.

Bolívia. Constituição Política do Estado (2009). *La Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolívia*. La Paz, Bolívia; 2009.

Bolívia. Ministerio de salud y deportes. Plan estratégico para el control de la tuberculosis en Bolivia 2008 – 2015. La Paz: 2009.

Bolívia. Plan de extensión de cobertura del sistema de seguridad social boliviano - “cobertura universal del sistema de seguridad social en salud. La Paz; 2009.

Braga J, Herrero MB, Cuellar CM. Transmissão da tuberculose na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(7): 1271-80.

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 5655/09 de 20 de julho de 2009. Dispõe sobre o ingresso, permanência e saída de estrangeiros no território nacional, o instituto da naturalização, as medidas compulsórias, transforma o Conselho Nacional de Imigração em Conselho Nacional de Migração, define infrações e dá outras providências. [Lei na Internet] [Acesso em 8 de dez 2013] Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=443102>

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 6300/13 de 9 de setembro de 2013. Amplia, para o estrangeiro em situação ilegal no território nacional, o prazo para requerer registro provisório, previsto na Lei nº 11.961, de 2 de julho de 2009. [Lei na Internet] [Acesso em 8 de dez 2013] Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=591068>

Brasil. Conselho nacional de secretários de saúde. Dados do sistema único de saúde / conselho nacional de secretários de saúde. Brasília, DF: CONASS; 2011.

Brasil. Ministério da saúde. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, RJ; 2002.

Brasil. Ministério da saúde. Relatório final da 8ª conferência nacional de saúde. Brasília, DF; 1986.

Brasil. Ministério da saúde. Manual de recomendações pra controle da tuberculose no Brasil. [Acesso em 20 de maio de 2014] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf Brasília (DF): 2011.

Brasil. Presidência da República. Decreto Nº 6.975, de 7 De Outubro De 2009. Promulga o Acordo sobre Residência para Nacionais dos Estados Partes do Mercado Comum do Sul – Mercosul, Bolívia e Chile, assinado por ocasião da XXIII Reunião do Conselho do Mercado Comum, realizada em Brasília nos dias 5 e 6 de dezembro de 2002. [Lei na Internet] [Acesso em 18 de dez 2013] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6975.htm

Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.961, DE 2 DE JULHO DE 2009. Dispõe sobre a residência provisória para o estrangeiro em situação irregular no território nacional e dá outras providências. [Lei na Internet] [Acesso em 18 de dez 2013] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11961.htm

Brasil. Presidência da República. Lei nº 6.815, de 19 de Agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. [Lei na Internet] [Acesso em 29 de setembro de 2013] Disponível em: [Http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6815.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6815.htm).

Brasil.Ministério Da Justiça [homepage internet] – Dados acerca de estrangeiros no Brasil. [Acesso em jan de 2014] Disponível em:<<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJ33FCEB63PTBRNN.htm>>

BRASIL.Ministério Da Saúde. Programa nacional de controle da tuberculose. Brasília, 2012. [Acesso em 16 de janeiro de 2014] disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ap_5_encontro_final_site.pdf

Brasil.Sistema Único De Saúde. SUS Em Números. [Acesso em 05 de maio de 2014] Disponível em:[Http://www.ccms.saude.gov.br/sus20anos/mostra/operacoesdasaude.html](http://www.ccms.saude.gov.br/sus20anos/mostra/operacoesdasaude.html).

Brown THM, Cueto M, Fee E. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a organização mundial da saúde. História, ciências, saúde. 2006;13(3): 623-47.

Buss PM, LEAL MDC. Global health and health diplomacy. Cadernos de saúde pública. 2009;25(12): 0-0.

Callahan D. The WHO definition of 'health'. Studies-Hastings Center. 1973;1(3): 77.

Camargo AJCJ. Bolívia - a criação de um novo país a ascensão do poder político autóctone das civilizações pré-colombianas a Evo Morales. Brasília (DF): Ministério das relações exteriores; 2006.

Carballo M, Divino J, E Zeric D. Migration and health in the european union, Tropical medicine and international health. 1998;3(12):936-44.

Carballo M, E Nerukar A. Migration, refugees, and health risks. Emerging infectious diseases. 2001; 7(3): 556-60.

Carballo ME, Mourtala MBOUP. International Migration And Health A Paper Prepared For The Policy Analysis And Research Programme Of The Global Commission On International Migration, [periódico na internet] 2005. [acesso em dez 2013] Disponível em: http://ftp.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/policy_and_research/gcim/tp/tp13.pdf.

Carbone MH. Tísica e Rua: Os Dados da Vida e Seu Jogo. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

Castro, M. Migrações internacionais e políticas: algumas experiências internacionais. In: CNPD. *Migrações internacionais — contribuições para políticas*. Brasília: S. N.; 2001

Cervo AL, Bervian PA, Silva R. Metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007.

Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F. O método nas ciências sociais: pesquisa qualitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning; 2002; p.170

Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Saúde em debate. Hucitec; Fiocruz, 2006; p. 563-613.

Corbett EL, Watt CJ, Walker N, Maher D, Williams BG, Raviglione MC, et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. Arch Intern Med. 2003; 163 (9) : 1009-1021.

Cowie LR, Sharpe JW. Tuberculosis among immigrants: interval from arrival in Canada to diagnosis. A 5-year study in southern Alberta. Canadian Medical Association Journal. 1998;158(5): 599-602.

Da Silva SA. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. Estudos Avançados (online). 2006;20(57): 157-70.

Da Silva SA. Costurando sonhos: trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos em São Paulo. São Paulo: Paulinas, 1997.

Da Silva SA. Migrantes Laborais na América do Sul: O Caso do Bolivianos. In: Patarra NL. Emigração e Imigração internacionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: FNUAP; 1995. v.2, p 181-186.

Davies PDO, Barnes PF, Gordon SB. Clinical tuberculosis. 4 ed. Londres: Hodder Arnold; 2008.

De Araújo S, Georgia C, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde e Sociedade. 2010; 19(3): 509-17.

Declaração Alma-Ata. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. URSS, 6-12 Setembro; 1978.

Farah MG, Meyer HE, Selmer R, Heldal E, Bjune G. Long-term risk of tuberculosis among immigrants in Norway. *International journal of epidemiology*. 2005; 34(5): 1005-11.

Figuerola-Munoz JI, Ramon-Pardo P. Tuberculosis control in vulnerable groups. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008; 86(9): 733-35.

Frenk J, Gómez-Dantés O. La Globalización y la nueva salud pública. *Salud pública de México*. 2007; 49(2): 156-64.

Frenk J.; Gómez-Dantés O. La globalización y la nueva salud pública. *salud pública de México*. 2007; 49(2): 156-64.

Frenk J; De Ferranti D. Universal health coverage: good health, good economics. *The Lancet*. 2012; 380 (9845): 862-64.

Fundação SEADE. Fundação Sistema Estadual De Análise De Dados. Portal de estatística do Estado de São Paulo. São Paulo ;2012[Acesso em 6 de fev de 2014] Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilmunestado.php>.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008

Gill LA. O Mal do Século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930. Pelotas:Educat, 2007.

Gomes CB, Castro LPG. Saúde pública global e o novo regulamento sanitário internacional. *Cadernos ibero-americanos de direito sanitário*. 2014; 1(1): 137-55.

Greenaway C, Sandoe A, Vissandjee B, Kitai I, Gruner D, Wobeser W, et al. Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*. 2011; 183(12): 939-51.

Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(2):352-8.

Ho M. Sociocultural aspects of tuberculosis: a literature review and a case study of immigrant tuberculosis. *Social science & medicine*. 2004; 59(4): 753-62.

IBGE - Instituto brasileiro de geografia e estatística. Censo demográfico: resultados preliminares - [base de dados da internet]. Brasília, DF Acessado em 30 de jan 2014 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

INE. Domiciliar. Pesquisa nacional em domicílio. La Paz:Bolívia [base de dados na internet] [Acesso em 14 de janeiro de 2014] 2014.Disponível em: <http://www.ine.gob.bo/indice/indice.aspx?d1=0301&d2=6>.

INE. Ministério Da Saúde E Desporto Da Bolívia. Dados de saúde básica. La Paz: Bolívia 2014.[Acesso em 13 de janeiro de 2014] Disponível em: <http://www.ine.gob.bo/indice/indice.aspx?d1=0301&d2=6>.

Kearney AT. Foreign Policy. *Midiendo la globalización. Este País*. 2001; 122: 2-9.

Kickbusch I, De Leeuw E. Global public health: revisiting healthy public policy at the global level. *Health Promotion International*. 1999; 14(4): 285-88.

Kickbusch I. Global Health: A definition. Yale University. Global Health [Periódico na Internet]. 2002. [Acesso em 12 jan 2014] Disponível em: <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/global-health.pdf>

Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *The Lancet*. 2009; 373(9679): 1993-95.

Lattes AE, Lattes ZR. International migration in Latin America: patterns, determinants and policies. In: Walmsley G, Kowalski J. *Migrações internacionais: herança XX, agenda XXI*. São Paulo: FNUAP; 1996. v.2, p. 125-54.

Ledo C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. *salud pública de México*. 2011; 53: 109-19.

Levitt P, Jaworsky BN. Transnational migration studies: Past developments and future trends. *Annu. Rev. Sociol.* 2007; 33: 129-56.

Lillebaek T, Andersen AB, Dirksen A, Smith E, Skovgaard, LT, Kok-Jensen. Persistent high incidence of tuberculosis in immigrants in a low-incidence country. *Emerging infectious diseases*. 2002; 3(7): 679-684.

Lima MM, Belluomini M, Almeida MMB, Arantes GR. Co-infecção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(3): 217-20.

Ludke M, André M. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1986.

Macedo CG. El contexto. In: *Organización panamericana de la salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, D.C.; 1992. p. 237-43.

Martinez V N, *Equidade em saúde: o caso da tuberculose na comunidade de bolivianos no município de São Paulo*. [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP; 2010.

Martinez V N, Komatsu, N K, De Figueredo SM, Waldman EA. Equity in health: tuberculosis in the Bolivian immigrant community of Sao Paulo, Brazil. *Tropical Medicine & International Health*. 2012; 17(11): 1417-1424.

Mckenn MT, Mccray E, Onorato I. The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in the United States, 1986 to 1993. *New England Journal of Medicine*. 1995; 332(16):1071-1076.

Melo R, Campinas L. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 2010; 25-35.

Mendonça CS, Reis AT, De Moraes JC, coordenadores. A política regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12).

Merson MH, Black RE, Mills AJ. *International public health: diseases, programs, systems, and policies*. Ed.2, Edn. Sudbury Ma:Jones And Bartlett Publishers; 2006.

Moroz M, Gianfaldoni M H T A. O processo de pesquisa: iniciação. Brasília: Plano, 2002. (Série Pesquisa em Educação, v. 2).

MSP.Secretaria De Saúde Do Município De São Paulo. TB 2011. Divisão de Tuberculose/CVE/CCD/SESSP [Acesso em 20 de mar de 2014]. Disponível em: Http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/boletim_tuberculose_2011_1335464303.pdf

Nigro SD, Fortes C. Sistemas de Saúde: Trajetórias e Dinâmicas. In: Fortes CA, Ribeiro H. *Saúde Global*. 1 ed. Barueri: Editora Manole; 2014. p 71-85.

Nkulu FK, Hurtig AK, Ahlm C, Krantz I. Screening migrants for tuberculosis - a missed opportunity for improving knowledge and attitudes in high-risk groups: a cross-sectional study of swedish-language students in umeå, Sweden. *BMC Public Health*; 2010.

OIM - Organização internacional para as migrações - world migration: managing migration – challenges and responses for people on the move, 2003.[Acesso em 31 de janeiro de 2013] Disponível em: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2003.pdf.

OIM - Organización Internacional Para Las Migraciones. Informe sobre las migraciones en el mundo en 2010 [Acesso em 15 de jan de 2013] Disponível em: <http://www.iom.int/cms/es/sites/iom/home/about-migration/facts--figures-1.html>.

OMS.Organização Mundial De Saúde. La agenda de La OMS 2013. [Acesso em 12 mai 2014] Disponível em: [http://www.who.int/about/agenda/es/..](http://www.who.int/about/agenda/es/)

OMS.Organização Mundial De Saúde. The Global Plan To Stop Tb 2011–2015. [Acesso em 24 de jan de 2013]Disponível em: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/tb_globalplantostoptb2011-2015.pdf

OMS.Organização Mundial De Saúde.Informe Mundial Sobre La Tuberculosis 2013 [Acesso em 10 de jan de 2014]Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103227/1/who_htm_tb_2013.15_spa.pdf?ua=1.

ONU. Departamento De Asuntos Económicos Y Sociales De Las Naciones Unidas. Trends in international migrant stock: the 2008 revision; 2008. [acesso em 10 jan 2013] Disponível em: <http://esa.un.org/migration/>.

ONU. Organização Das Nações Unidas. Declaração Universal Dos Direitos Humanos, 1948. [Acesso em 15 de maio de 2014] Disponível em: http://unicrio.org.br/img/declu_d_humanosversointernet.pdf

ONU. Organização Das Nações Unidas. Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo - 2009 Informe Sobre Desarrollo Humano 2009: Superando Barreras – Movilidad Y Desarrollo Humanos, Pnud, Nova York 2009.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Perfil Do Sistema De Servicios De Salud. La Paz: OPAS, 2001.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Salud en las américas: edición de 2012. Panorama Regional y perfiles de país. WASHINGTON, DC: OPAS, 2012.

PAHO. Pan American Health Organization. Tuberculosis in the americas: regional report 2012. Epidemiology, control and financing. Washington, DC : PAHO, 2013 [acesso em jan 2014] Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22954&Itemid=

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, MacInko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. The Lancet. 2011;377:1778–97.

Pereira AMMP, Castro ALB, Oviedo RAM, Barbosa LG, Gerassi CD, Giovanella L. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. Saúde em Debate. 2012; 36(94): 482-499.

Perry B, Gesler W. Physical access to primary health care in Andean Bolivia. Social Science and Medicine. 2000;50:1177–88.

Piovesan A, Temporini E. Pesquisa Exploratória: Procedimento Metodológico Para O Estudo De Fatores Humanos No Campo Da Saúde Pública. Rev. Saúde Pública. 1995; 29(4): 318-25.

Puccini C. [Homepage na internet] Direito dos imigrantes ao sistema público de saúde. Revista o estrangeiro ; 2013. Disponível em: <http://oestrangeiro.org/2013/03/29/direito-dos-imigrantes-ao-sistema-publico-de-saude/>. [Acesso em 18 de dezembro de 2013].

Ramos N. Migração, maternidade e saúde. Repertório: teatro e dança (online). 2012; 15(18):84 -93.

Rasanathan K, Kurup A, Jaramillo E, Lönnroth K. The social determinants of health: key to global tuberculosis control. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2011; 15(2): S30-S36.

Rieder HL. Bases epidemiológicas do controle da tuberculose. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2001.

Rodin J, de Ferranti D. Universal health coverage: the third global health transition? *Lancet*. 2012;380:861–2.

Ruger JP, Yach D. The global role of the World Health Organization. *Global Health Governance*. 2008; 2(2): 1-11

Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet*.; 2012;380(9845):924–32.

Silva HT, De Paepe P, Soors W, Lanza OV, Closon MC, Van Dessel P, Unger J. Revisiting health policy and the World Bank in Bolivia. *Global Social Policy*. 2011; 11(1): 22-44.

Silva HT, Soors W, De Paepe P, Aguilar Santacruz E, Closon C, Unger J. Socialist government health policy reforms in Bolivia and Ecuador : The underrated potential of comprehensive primary health care to tackle the social determinants of health. *Social Medicine*. 2009;4:226–34.

SINAN. Sistema De Informação De Agravos De Notificação [Acessado em 27 de abril de 2014] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/d0202.def>

Souchaud S. A imigração boliviana em São Paulo. Deslocamentos e reconstruções da experiência migrante. 2010; p. 267-290

The Lancet, The struggle for universal health coverage [editorial]. *The Lancet*. 2012;380(9845): 2012.

Théry H. Migrations internationales et populations étrangères en France et au Brésil. *Hommes et migrations*. 2009;40–53.

USAID. United States Agency For International Development. Bolivia Global Health Initiative Strategy; 2012 [acesso em jan 2014] Disponível em: <http://www.ghi.gov/documents/organization/186244.pdf>

Ventura D, Illes P. [Homepage na internet] Estatuto do estrangeiro ou lei de imigração?. 2010. [Acesso em 08 de dezembro de 2013] Disponível em: <Http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=744>.

Villalobos W. [homepage na internet] Para sonhos: as fronteiras da realidade. 2009 ; Disponível em <Http://alainet.org/active/34021&lang=es>. [acessado em : 18 dez 2013]

Waldman T C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. Rev de Direito Sanitário. São Paulo. 2011; 12: 90-114.

Weintraub MACA, Tittanegro RG, Vasconcellos PM. Razões de Migrar no Contemporâneo In: Fortes CA, Ribeiro H. Saúde Global . 1ed. Barueri:Editora Manole; 2014. p 87-99.

Wolffers I, Verghis S, Marin M. Migration, Human Rights, And Health. **The Lancet**. 2003; 362(9400): 2019-2020.

ANEXOS

Fernanda Maria Raimundo Valença Braga

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2577961826391776>
 - Última atualização do currículo em 21/03/2013

Possui graduação em Biomedicina pela Universidade Federal de Pernambuco (2010).
Mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP com experiência na
área de Epidemiologia em Saúde Pública. **(Texto informado pelo autor)**

Eliseu Alves Waldman

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 2

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8924923035849703>
 - Última atualização do currículo em 23/06/2014

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 2

possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1972), residência médica em Doenças Infecciosas e Parasitárias no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (1973-1976); curso de especialização em Medicina Tropical em 1974; curso de especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1975); Especialização em Administração Pública pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo, FUNDAP (1978-1980); Curso de Especialização em Vigilância Epidemiológica (1982); mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade de São Paulo (1982); doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1991) e pós-doutorado no Departamento de Epidemiologia da School of Public Health of the Johns Hopkins University, Baltimore, EUA, como bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (2001). É professor do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, atuando na graduação e pós-graduação. Participa do corpo editorial de revistas científicas cujo escopo abrange os campos da Saúde Pública, Epidemiologia e Direito Sanitário. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com foco em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia, vigilância e controle de doenças transmissíveis. **(Texto informado pelo autor)**